

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn B.M DENGAN TUBERCULOSIS PARU DI RUANG TULIP RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG

Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program
Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



PARTONO
NIM : PO.5303201181223

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Partono
NIM : PO. 5303201181223
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019

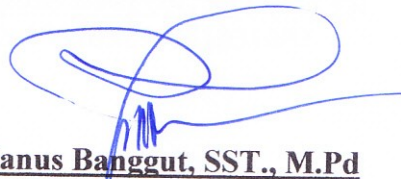
Pembuat Pernyataan




Partono

NIM : PO. 5303201181223

**Mengetahui
Pembimbing**



Sebastianus Banggut, SST., M.Pd
NIP. 195703231981031002

LEMBAR PERSETUJUAN

**Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Partono, NIM : 5303201181223
dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. B.M
DENGAN TUBERCULOSIS PARU DI RUANG TULIP RSUD Prof. Dr.
W.Z. JOHANNES KUPANG “**


Disusun Oleh

**PARTONO
NIM : PO. 5303201181223**

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan penguji Prodi D-III
keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 22 Juli 2019

Pembimbing



Sebastianus Banggut, SST., M.Pd
NIP: 195703231981031002

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

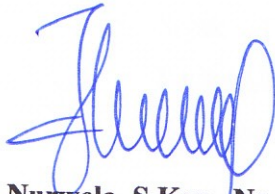
**"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. B.M DENGAN
TUBERCULOSIS PARU DI RUANG TULIP RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANNES
KUPANG "**

Disusun Oleh

**PARTONO
NIM : PO. 5303201181223**

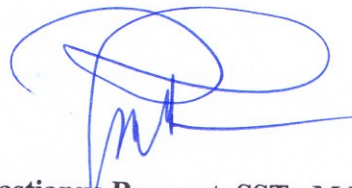
Telah Diuji Pada Tanggal, 22 Juli 2019

Penguji I



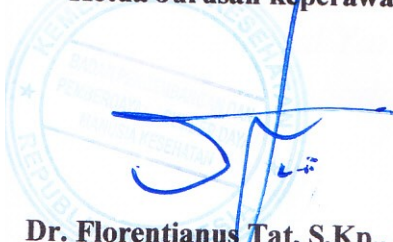
**Trifonia Sri Nurwela, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 197710192001122001**

Penguji II



**Sebastianus Banggut, SST., M.Pd
NIP. 19570323 1981031002**

**Mengesahkan
Ketua Jurusan keperawatan**



**Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP. 19691128 1993031005**

**Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan**



**Margaretha Telly, S.Kep., Ns., MSc, PH
NIP. 19770727 2000032002**

BIODATA

Nama : Partono

Tempat Tanggal Lahir : Blora, 13 Juli 1977

Jenis Kelamin : Laki-laki

Alamat : Perum TNI AL, RT.025/RW.010 JL. Birma 1 HB 06, Desa Mulung, Kota Baru Driyorejo, Kabupaten Gresik, Jawa Timur

Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD Negeri Sambong1 Tahun 1991
2. Tamat SMP Negeri Sambong Tahun 1994
3. Tamat SMA Tahun 2002
4. Pendidikan Militer :
– DIKCATAM PK. 18/1 Tahun 1999
– DIKKESTA PK. VIII Tahun 2013
– DIKTUKBA XLV Tahun 2016
5. Sejak Tahun 2018 melanjutkan pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan sampai sekarang.

Motto

”Tidak Semua Hal Berjalan Sesuai Dengan Hal Yang Kita Kehendaki, Pasrahkan Saja Kepada Yang Kuasa. Dia Akan Mengatur Yang terbaik”

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. B.M Dengan Diagnosa Tuberculosis Paru Di Ruang Tulip RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang Oleh Partono, PO. PO530320118122, 2019

**Pembimbing : Sebastianus Banggut, SST., M.Pd*Trifonia Sri Nurwela, S.Kep.,
Ns.,Mkes****

Penyakit tuberkulosis (TB) paru merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan bakteri berbentuk batang (basil) yang dikenal dengan nama *Mycobacterium tuberculosis*. Penularan penyakit ini melalui perantaraan ludah atau dahak penderita yang mengandung basil tuberkulosis paru (Hood, 2002). Dampak social terhadap penyakit ini sedemikian besarnya, sehingga menimbulkan masalah kesehatan yang mendalam. Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dalam menyukseskan melaksanakan program penanggulangan penyakit Tuberculosis (TB) yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian dengan cara memutuskan rantai penularan, dalam pelaksanaannya tidak terlepas dari memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan. Tujuan penulisan adalah untuk asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Tuberculosis (TB) melalui pendekatan proses keperawatan. Desain penelitian adalah studi kasus yang menggunakan metode deskriptif dengan Asuhan Keperawatan yang dilakukan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dilakukan selama 3 hari. Hasil Studi Kasus pada Tn. B.M ditemukan diagnose keperawatan Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk dengan peningkatan produksi mukus dan adanya eskudat dalam alveoli; Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk; Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan, anoreksia, ketidakcukupan nutrisi ; Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk; Cemas berhubungan dengan dampak hospitalisasi dan ancaman kematian bagi diri. Kesimpulan setelah dilakukan perawatan selama 3 hari pada ke 5 diagnosa adalah Tn. B.M tidak merasa sesak napas, batuk berlendir berkurang, nutrisis seimbang, pola tidur menjadi efektif dan tidak ada kecemasan akan penyakit yang diderita. Saran untuk pasien adalah agar diharapkan agar masyarakat meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan dan penanganan penyakit tuberkulosis khususnya dalam penanganan dirumah. Kepada perawat untuk tarsus meningkatkan pelayanan terhadap pasien yang menderita *Tuberculosis (TB)*.

Kata Kunci: *Asuhan Keperawatan, Tuberculosis Paru, Ruang Tulip, RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa Allah SWT dengan segala rahmat dan inayahNYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada**

Pasien Tn. B.M Dengan Tuberculosis Paru Di Ruang Tulip RSUD Prof. Dr. Wz. Johannes Kupang “

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu perkenankan penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada Bapak Sebastianus Banggut, SST., M.Pd selaku dosen pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu , pikiran dan kesabaran serta penuh tanggung jawab dalam membimbing penulis selama proses ujian akhir program berlangsung. Ibu Trifonia Sri Nurwela, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku penguji institusi yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna dalam penyelesaian Karya tulis Ini.

Melalui kesempatan ini juga penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Ibu R. H. Kristina, SKM.,M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah menyiapkan segala fasilitas pendukung selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kupang.
2. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah menyiapkan segala fasilitas pendukung selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kupang.
3. Ibu Margaretha Telly, S.Kep., Ns., MSc,PH selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang menyiapkan segala fasilitas pendukung selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kupang.
4. Seluruh staf dosen dan karyawan prodi DIII tenaga Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis menyelesaikan studi kasus ini.
5. Letkol Laut (K) dr. Slamet Rahardja, Sp.B yang sudah mendukung, senantiasa menasehati dan memberikan motivasi dalam proses studi saya.

6. Mayor Laut (K/W) dr. Erfrpinsi C. Wahon, Sp. An selaku Karumkital Samuel J. Moeda Kupang, Para Perwira, rekan-rekan anggota, dan teman-teman sejawat serta seluruh keluarga besar RSAL Samuel J. Moeda Kupang yang sudah mengijinkan, mendukung, senantiasa selalu menasehati, memberikan dorongan semangat, mendoakan serta memahami saya dalam setiap proses studi saya.
7. Keluarga terutama Orang Tua, Istri, dan anak-anak, yang selalu mendukung dan mendoakan penulis selama menjalani proses pendidikan di Jurusan Keperawatan Kupang.
8. Orang- orang terdekat dan kerabat yang telah membantu dan memberikan dukungan dalam penyelesaian Karya Tulis ini.
9. Teman – teman RPL Keperawatan yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran di dunia pendidikan.

Kupang,, 22 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL DALAM.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	.iii
LEMBAR PERNYATAAN.....	.iv

BIODATA PENULIS.....	v
ABSTRAK	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus.....	3
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit.....	5
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	11
BAB 3 HASIL DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil Studi Kasus	
.....	26
3.2 Pembahasan.....	37
3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	44
BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan.....	45
4.2 Saran.....	47
DAFTAR	
PUSTAKA.....	48
Lampiran	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit tuberkulosis (TB) paru merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan bakteri berbentuk batang (basil) yang dikenal dengan nama *Mycobacterium tuberculosis*. Penularan penyakit ini melalui perantaraan ludah atau dahak penderita yang mengandung basil tuberkulosis paru (Hood, 2002). Sejak tahun 1800, tuberkulosis telah mengakibatkan kematian lebih kurang 100 juta orang di seluruh dunia. Secara global pada tahun 2016 terdapat 10,4 juta kasus insiden TBC (CI 8,8 juta – 12, juta) yang setara dengan 120 kasus per 100.000 penduduk. Lima negara dengan insiden kasus tertinggi yaitu India, Indonesia, China, Philipina, dan Pakistan seperti yang terlihat pada gambar berikut ini. Sebagian besar estimasi insiden TBC pada tahun 2016 terjadi di Kawasan Asia Tenggara (45%)—dimana Indonesia merupakan salah satu di dalamnya—dan 25% nya terjadi di kawasan Afrika. Badan kesehatan dunia mendefinisikan negara dengan beban tinggi/*high burden countries* (HBC) untuk TBC berdasarkan 3 indikator yaitu TBC, TBC/HIV, dan MDR-TBC. Terdapat 48 negara yang masuk dalam daftar tersebut. Satu negara dapat masuk dalam salah satu daftar tersebut, atau keduanya, bahkan bisa masuk dalam ketiganya. Indonesia bersama 13 negara lain, masuk dalam daftar HBC untuk ke 3 indikator tersebut. Artinya Indonesia memiliki permasalahan besar dalam menghadapi penyakit TBC.(Indofatin, 2018)

Dari hasil survey yang dilakukan oleh World Health Organization (WHO) didapatkan fakta bahwa kematian wanita akibat TB lebih besar daripada kematian akibat kehamilan dan persalinan Zain(2001 (dalam Muttaqin, A 2008 Sebagian besar penderita TB paru berasal dari kelompok masyarakat usia produktif dan berpenghasilan rendah. Adanya wabah HIV/AIDS di seluruh dunia juga turut mempengaruhi jumlah penderita TB paru-termasuk Asia tenggara. Selain itu, peningkatan jumlah TB paru juga dipengaruhi oleh industrialisasi, kemudahan transportasi, serta perubahan ekosistem Penderita TBC di Indonesia pada tahun 2018 sebanyak 511.873 orang. Provinsi dengan peringkat 5 tertinggi penderita TB paru adalah Jawa Barat, , Jawa Tengah, Jawa Timur, DKI Jakarta, Sumatera

Utara, Banten, Sulawesi Selatan, Lampung, Riau, dan Papua. Perkiraan kasus TB paru BTA positif di Jawa Barat sebanyak 99.398, Jawa Tengah sebanyak 67.063, Jawa Timur sebanyak 56.445, DKI Jakarta sebanyak 36.241, Sumatera Utara sebanyak 32.651, Banten sebanyak 28.797, Sulawesi Selatan sebanyak 23.427, Lampung sebanyak 15.570, Riau sebanyak 11.135, dan Papua sebanyak 10.183 (Profil Kesehatan Indonesia, 2018).

Jumlah kasus Tuberkulosis Paru dengan BTA (+) yang dideteksi di Provinsi NTT pada tahun 2014 adalah sebesar 210 kasus sedangkan pada tahun 2015 sebesar 347 kasus yang berarti terjadi peningkatan kasus. Hasil pengobatan untuk kasus Tuberkulosis Paru setelah dievaluasi kesembuhannya pada tahun 2014 mengalami kesembuhan sebesar 79,03%, sedangkan pada tahun 2015 angka kesembuhan menjadi 66,30% yang menunjukkan telah terjadi penurunan dibanding tahun 2014, (Profil Kesehatan NTT, 2015;65).

Di Kota Kupang jumlah kasus baru TB BTA positif untuk tahun 2015 sebanyak 308 orang. Angka insiden kasus Tuberkulosis Paru meningkat pada tahun 2015 yaitu 203 kasus per 100.000 penduduk (794 Kasus), dengan angka keberhasilan pengobatan dari pasien Tuberkulosis Paru BTA positif yang diobati pada tahun 2014 sebesar 83,12 % (Profil Kesehatan Kota Kupang, 2015;83).

Menurut data dari RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang jumlah penderita Tuberkulosis Paru BTA (+) dengan atau tanpa tindakan pada tahun 2013 sebanyak 240 penderita, yang meninggal dunia sebanyak 31 orang. Pada tahun 2014 penderita Tuberkulosis sebanyak 198 orang yang meninggal dunia sebanyak 24 orang. Tahun 2015 terjadi peningkatan kasus penderita Tuberkulosis Paru yaitu 325 orang dan yang meninggal dunia sebanyak 52 orang. Tahun 2016 jumlah penderita Tuberkulosis Paru sebanyak 205 orang dan yang meninggal dunia 27 orang. Studi awal yang dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019, di mana dengan sumber buku register bahwa Tuberkulosis Paru yang dirawat di Ruang Tulip selama tahun 2017 sebanyak 301 kasus, dengan rata-rata perbulan sebesar 33 kasus dengan presentase sebesar 11% dan tahun 2018 sebanyak 309 penderita, dengan rata-rata perbulan sebanyak 36 penderita atau sekitar 16,7%. Data Tahun 2019 (Januari-Juni) sebanyak 109 penderita.

Melihat angka morbiditas pasien Tuberkulosis Paru yang tinggi di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang perawat perlu menyiapkan diri secara profesional

dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai kompetensi. Peran perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat Tuberkulosis Paru sangatlah penting. Dalam pelaksanaannya tentu tidak terlepas dari memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Perawat dapat melakukan pengkajian keperawatan secara benar pada pasien Tuberkulosis Paru, menentukan masalah keperawatan secara tepat, menyusun intervensi keperawatan, memberikan tindakan serta melakukan evaluasi pada pasien dengan Tuberkulosis Paru, sehingga masalah yang muncul seperti kebutuhan oksigenasi, pemenuhan nutrisi, resiko tinggi infeksi dapat teratasi dengan baik.

Berdasarkan fenomena tersebut saya tertarik untuk melakukan kajian atau studi tentang gambaran asuhan keperawatan pada pasien Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2 Tujuan

1.2.1. Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. B.M dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD Prof Dr. W.Z.Johannes Kupang , menggunakan pendekatan proses keperawatan.

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada pasien pasien Tn. B.M dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD Prof Dr. W.Z.Johannes Kupang
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat pada pasien Tn. B.M dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD Prof Dr. W.Z.Johannes Kupang
3. Penulis mampu membuat perencanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan pada pasien Tn. B.M dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD Prof Dr. W.Z.Johannes Kupang
4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pasien Tn. B.M dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD Prof Dr. W.Z.Johannes Kupang
5. Penulis mampu mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien Tn. B.M dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD Prof Dr. W.Z.Johannes Kupang

6. Penulis mampu mendokumentasikan Asuhan Keperawatan pasien Tn. B.M dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD Prof Dr. W.Z.Johannes Kupang

1.3 Manfaat

1. Bagi penulis menambah pengembangan dalam ilmu pengetahuan dan informasi bagi penulis tentang penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Tuberkulosis Paru.
2. Bagi institusi pendidikan dapat mengevaluasi sejauh mana mahasiswa menguasai penerapan asuhan keperawatan pada pasien Tuberkulosis Paru.
3. Bagi RSUD. Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang dapat di jadikan sebagai masukan bagi perawat yang ada untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang benar dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan pada pasien yang menderita tuberculosis.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Tuberculosis Paru

2.1.1 Pengertian

Tuberkulosis adalah suatu penyakit granulomatosa kronik menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini biasanya mengenai paru, tetapi mungkin menyerang semua organ atau jaringan tubuh (Pendit, 2007). Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksius, yang terutama menyerang parenkim paru. Tuberkulosis dapat juga ditularkan ke bagian tubuh

lainnya, termasuk meningitis, ginjal, tulang, dan nodus limfe. Agens infeksius utama *Mycobacterium tuberculosis*, adalah batang aerobik tahan asam yang tumbuh dengan lambat dan sensitif terhadap panas dan sinar ultraviolet . *Mycobacterium Bovis* dan *Mycobacterium Avium* pernah, pada kejadian yang jarang, berkaitan dengan terjadinya infeksi tuberkulosis (Smeltzer dan Bare, 2002). Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Kuman batang aerobik dan tahan asam ini, dapat merupakan organisme patogen maupun saprofit (Price dan Wilson, 2006). Berdasarkan beberapa definisi tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa tuberkulosis paru adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang terutama menyerang paru-paru, tetapi tidak menutup kemungkinan juga dapat ditularkan ke organ lain seperti otak, ginjal, tulang dan lainnya

2.1.2 Klasifikasi Tuberkulosis

Menurut Sudoyo (2007), klasifikasi tuberkulosis yang banyak dipakai di Indonesia adalah berdasarkan kelainan klinis, radiologis, dan mikrobiologis, meliputi :

1. Tuberkulosis paru
2. Bekas tuberkulosis paru
3. Tuberkulosis paru tersangka, yang terbagi dalam :
 - a. Tuberkulosisi paru tersangka yang diobati. Disini sputum BTAnegatif tetapi tana-tanda lain positif.
 - b. Tuberkulosisi paru yang tidak terobati. Disini sputum BTA negatif dan tanda-tanda lain juga meragukanTB tersangka dalam 2-3 bulan sudah harus dipastikan apakah termasuk TB paru (aktif) atau bekas TB paru. Dalam klasifikasi ini perlu dicantumkan status bakteriologi, mikroskopik sputum BTA (langsung), biakan sputum BTA, status radiologis, kelainan yang relevan untuk tuberkulosis paru, status kemoterapi, riwayat pengobatan dengan obat anti tuberkulosis.

2.1.3 Etiologi

Penyebab dari penyakit tuberculosis paru adalah terinfeksi paru oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang merupakan kuman berbentuk batang dengan ukuran sampai 4 mikron dan bersifat anaerob. Sifat ini yang menunjukkan kuman lebih menyukai jaringan yang tinggi kandungan oksigennya, sehingga paru-paru merupakan tempat prediksi penyakit tuberculosis. Kuman ini juga terdiri dari asam lemak (lipid) yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam dan lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisik. Penyebaran *Mycobacterium tuberculosis* yaitu melalui droplet nukles, kemudian dihirup oleh manusia dan menginfeksi (Sudarto, 2006; 154).

2.1.4 Patofisiologi

Tempat masuk kuman *Mycobacterium tuberculosis* adalah saluran pernafasan, infeksi tuberculosis terjadi melalui (airborne) yaitu melalui instalasi droplet yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang berasal dari orang yang terinfeksi. Basil tuberkel yang mempunyai permukaan alveolis biasanya diinstalasi sebagai suatu basil yang cenderung tertahan di saluran hidung atau cabang besar bronkus dan tidak menyebabkan penyakit. Setelah berada dalam ruangan alveolus biasanya di bagian lobus atau paru-paru atau bagian atas lobus bawah basil tuberkel ini membangkitkan reaksi peradangan, leukosit polimorfonuklear pada tempat tersebut dan memfagosit namun tidak membunuh organisme tersebut. Setelah hari-hari pertama masa leukosit diganti oleh makrofag. Alveoli yang terserang akan mengalami konsolidasi dan timbul gejala pneumonia akut. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya, sehingga tidak ada sisa yang tertinggal atau proses dapat juga berjalan terus dan bakteri terus difagosit atau berkembang biak, dalam sel basil juga menyebar melalui gestasi bening regional. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu sehingga membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit, nekrosis bagian sentral lesi yang memberikan gambaran yang relatif padat dan seperti keju-lesi nekrosis kaseosa dan jaringan granulasi di sekitarnya terdiri dari sel epiteloid dan fibrosis menimbulkan respon berbeda, jaringan granulasi menjadi lebih fibrasi membentuk jaringan parut akhirnya akan membentuk suatu kapsul yang mengelilingi tuberkel. Lesi primer paru-paru dinamakan fokus gholi dengan gabungan terserangnya kelenjar getah bening regional dari lesi primer dinamakan komplet ghon dengan mengalami pengapuran. Respon lain yang dapat

terjadi pada daerah nekrosis adalah pencairan dimana bahan cairan lepas ke dalam bronkus dengan menimbulkan kapiler materi tuberkel yang dilepaskan dari dinding kavitis akan masuk ke dalam percabangan keobronkial. Proses ini dapat terulang kembali di bagian lain dari paru-paru atau basil dapat terbawa sampai ke laring, telinga tengah atau usus. Kavitis untuk kecil dapat menutup sekalipun tanpa pengobatan dengan meninggalkan jaringan parut yang terdapat dekat dengan perbatasan bronkus rongga. Bahan perkijuan dapat mengontrol sehingga tidak dapat mengalir melalui saluran penghubung, sehingga kavitasi penuh dengan bahan perkijuan dan lesi mirip dengan lesi berkapsul yang terlepas. Keadaan ini dapat tidak menimbulkan gejala dalam waktu lama dan membentuk lagi hubungan dengan bronkus dan menjadi limpal peradangan aktif. Penyakit dapat menyebar melalui getah bening atau pembuluh darah. Organisme atau lobus dari kelenjar betah bening akan mencapai aliran darah dalam jumlah kecil, yang kadang-kadang dapat menimbulkan lesi pada berbagai organ lain. Jenis penyebaran ini dikenal sebagai penyebaran limfo hematogen yang biasanya sembuh sendiri, penyebaran ini terjadi apabila fokus nekrotik merusak pembuluh darah sehingga banyak organisme masuk ke dalam sistem vaskuler dan tersebar ke organ-organ tubuh (Price & Wilson, 2005;852)

2.1.5 Manifestasi Klinik

Menurut Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI),2006;18)

menjelaskan bermacam-macam tanda dan gejala antara lain :

1. Demam
Umumnya subfebris, kadang-kadang 40-41°C, keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk.
2. Batuk
Terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk radang. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non produktif). Keadaan setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum atau dahak). Keadaan yang lanjut berupa batuk darah haematoemesis karena terdapat pembuluh darah yang cepat. Kebanyakan batuk darah pada TBC terjadi pada dinding bronkus.
3. Sesak nafas

Pada gejala awal atau penyakit ringan belum dirasakan sesak nafas. Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut dimana infiltrasinya sudah setengah bagian paru-paru.

4. Nyeri dada

Gejala ini dapat ditemukan bila infiltrasi radang sudah sampai pada pleura, sehingga menimbulkan pleuritis, akan tetapi, gejala ini akan jarang ditemukan.

5. Malaise

Penyakit TBC paru bersifat radang yang menahun. Gejala malaise sering ditemukan anoreksia, berat badan makin menurun, sakit kepala, meriang, nyeri otot dan keringat malam. Gejala semakin lama semakin berat dan hilang timbul secara tidak teratur.

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut Muttaqin (2008) penatalaksanaan tuberkulosis paru menjadi tiga bagian, yaitu pencegahan, pengobatan, dan penemuan penderita (*active case finding*).

1. Pencegahan Tuberkulosis Paru

Pemeriksaan kontrak, yaitu pemeriksaan terhadap individu yang bergaul erat dengan penderita tuberkulosis paru *Basil Tahan Asam* (BTA) positif. Pemeriksaan meliputi *tes tuberkulin, klinis, dan radiologi*. Bila tes tuberkulin positif, maka pemeriksaan radiologis foto toraks diulang pada 6 dan 12 bulan mendatang. Bila masih negatif, diberikan *Bacillus Calmette dan Guerin* (BCG) vaksinasi. Bila positif, berarti terjadi konversi hasil tes tuberkulin dan diberikan kemoprofilaksi.

2. *Mass chest X-ray*, yaitu pemeriksaan massal terhadap kelompok-kelompok populasi tertentu .

3. Vaksinasi BCG (*Bacillus Calmette dan Guerin*)

4. Kemoprofilaksis dengan menggunakan INH (*Isoniazid*) 5 % mg/kgBB selama 6-12 bulan dengan tujuan menghancurkan atau mengurangi populasi bakteri yang masih sedikit. Indikasi *kemoprofilaksis primer* atau utama ialah bayi menyusui pada ibu dengan BTA positif , sedangkan *kemoprofilaksis sekunder* diperlukan bagi kelompok berikut:

- a. Bayi di bawah 5 tahun dengan basil tes tuberkulin positif karena resiko timbulnya TB milier dan meningitis TB.

- b. Anak remaja dibawah 20 tahun dengan hasil tuberkulin positif yang bergaul erat dengan penderita TB yang menular
 - c. Individu yang menunjukkan konversi hasil tes tuberkulin dari negatif menjadi positif
 - d. Penderita yang menerima *pengobatan steroid* atau *obat imunosupresif* jangka panjang
 - e. Penderita diabetes melitus.
5. Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) tentang tuberkulosis kepada masyarakat di tingkat puskesmas maupun petugas LSM (misalnya Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Paru Indonesia-PPTI)
6. Pengobatan Tuberkulosis Paru
- Program nasional pemberantasan tuberkulosis paru, WHO menganjurkan panduan obat sesuai dengan kategori penyakit. Kategori didasarkan pada urutan kebutuhan pengobatan, sehingga penderita dibagi dalam empat kategori antara lain, sebagai berikut :
- a. Kategori I
Kategori I untuk kasus dengan sputum positif dan penderita dengan sputum negatif. Dimulai dengan fase 2 HRZS(E) obat diberikan setiap hari selama dua bulan. Bila setelah 2 bulan sputum menjadi negatif dilanjutkan dengan fase lanjutan, bila setelah 2 bulan masih tetap positif maka fase intensif diperpanjang 2-4 minggu, kemudian dilanjutkan tanpa melihat sputum positif atau negatif. Fase lanjutannya adalah 4HR atau 4H3R3 diberikan selama 6-7 bulan sehingga total penyembuhan 8-9 bulan.
 - b. Kategori II
Kategori II untuk kasus kambuh atau gagal dengan sputum tetap positif. Fase intensif dalam bentuk 2HRZES-1HRZE, bila setelah fase intensif sputum negatif dilanjutkan fase lanjutan. Bila dalam 3 bulan sputum masih positif maka fase intensif diperpanjang 1 bulan dengan HRZE (Obat sisipan). Setelah 4 bulan sputum masih positif maka pengobatan dihentikan 2-3 hari. Kemudian diperiksa biakan dan uji resisten lalu diteruskan pengobatan fase lanjutan.
 - c. Kategori III

Kategori III untuk kasus dengan sputum negatif tetapi kelainan parunya tidak luas dan kasus tuberkulosis luar paru selain yang disebut dalam kategori I, pengobatan yang diberikan adalah 2HRZ/6 HE, 2HRZ/4 HR, 2HRZ/4 H3R3

d. Kategori IV

Kategori ini untuk tuberkulosis kronis. Prioritas pengobatan rendah karena kemungkinan pengobatan kecil sekali. Negara kurang mampu dari segi kesehatan masyarakat dapat diberikan H saja seumur hidup, sedangkan negara maju pengobatan secara individu dapat dicoba pemberian obat lapis 2 seperti Quinolon, Ethioamide, Sikloserin, Amikasin, Kanamisin, dan sebagainya

2.1.7 Komplikasi

Menurut Sudoyo (2007) penyakit tuberkulosis paru bila tidak ditangani dengan benar akan menimbulkan komplikasi. Komplikasi dibagi atas komplikasi dini dan komplikasi lanjut.

1. Komplikasi dini : pleuritis, efusi pleura, empiema, laringitis, usus, Poncet's arthropathy
2. Komplikasi lanjut : Obstruksi jalan nafas ; Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis (SOFT), kerusakan parenkim berat ; SOPT / fibrosis paru, kor pulmonal, amiloidosis, karsinoma paru, sindrom gagal nafas dewasa (ARDS), sering terjadi pada TB milier.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Doenges (2000) dasar data pengkajian pasien tergantung pada tahap penyakit dan derajat yang terkena. Pada pasien dengan tuberkulosis paru pengkajian pasien meliputi:

2.2.1 Pengkajian

1. Aktivitas / istirahat

Gejala : Kelelahan umum dan kelemahan, nafas pendek karena kerja , kesulitan tidur pada malam atau demam pada malam hari, menggigil dan/atau berkeringat.

Tanda : Takikardi, takipnea/dispnea pada saat kerja , kelelahan otot, nyeri, sesak (tahap lanjut).

2. Integritas Ego

Gejala : Adanya faktor stres lama, masalah keuangan, perasaan tidak berdaya/putus asa.

Tanda : Menyangkal (khususnya pada tahap dini), ansietas, ketakutan, mudah terangsang.

3. Makanan dan cairan

Gejala : Kehilangan nafsu makan, tidak dapat mencerna, penurunan berat badan.

Tanda : Turgor kulit buruk, kering/kulit bersisik, kehilangan otot/hilang lemak subkutan

4. Nyeri dan Kenyamanan

Gejala : Nyeri dada meningkat karena batuk berulang.

Tanda : Berhati-hati pada area yang sakit, perilaku distraksi, gelisah.

5. Pernafasan

Gejala : Batuk, produktif atau tidak produktif, nafas pendek, riwayat tuberkulosis/terpapar pada individu terinfeksi.

Tanda : Peningkatan frekuensi pernafasan Penyakit luas atau fibrosis parenkim paru dan pleura), Pengembangan pernafasan tak simetris (effusi pleural). Perkusi pekak dan penurunan fremitus (cairan pleural atau penebalan pleural). Bunyi nafas menurun / tak ada secara bilateral atau unilateral (effusi pleural/pneumotorak). Bunyi nafas tubuler dan / atau bisikan pectoral di atas lesi luas. Krekels tercatat diatas apek paru selama inspirasi cepat setelah batuk pendek (krekels pasttussic).

6. Keamanan

Gejala: Adanya kondisi penekanan imun, contoh AIDS, kanker, tes HIV positif.

Tanda : Demam rendah atau sakit panas akut.

7. Interaksi Sosial

Gejala : Perasaan terisolasi/penolakan karena penyakit menular, perubahan pola biasa dalam tanggung jawab/perubahan kapasitas fisik untuk melaksanakan peran.

8. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala : Riwayat keluarga TB , ketidakmampuan umum/status kesehatan buruk, gagal untuk membaik/kambuhnya TB, tidak berpartisipasi dalam terapi.

9. Rencana Pemulangan : Memerlukan bantuan dengan/gangguan dalam terapi obat dan bantuan perawatan diri dan pemeliharaan / perawatan rumah

10. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang perlu dikaji pada pasien tuberkulosis paru menurut Doenges (2000).

- a. Klutur sputum: Positif untuk *Mycobacterium tuberculosis* pada tahap aktif penyakit
- b. Ziehl-Neelsen (pemakaian asam cepat pada gelas kaca untuk usapan cairan darah): positif untuk basil asam-cepat.
- c. Tes kulit (PPD,Mantoux, potongan Vollmer): Reaksi positif (area indurasi 10 mm atau lebih besar, terjadi 48-72 jam setelah injeksi intradermal antigen) menunjukkan infeksi masa lalu dan adanya antibodi tetapi tidak secara berarti menunjukkan penyakit aktif. Reaksi bermakna pada pasien yang secara klinis sakit berarti bahwa TB aktif tidak dapat diturunkan atau infeksi disebabkan oleh mikrovakterium yang berbeda.
- d. ELISA/Western Blot : Dapat menyatakan adanya HIV
- e. Foto Torak : Dapat menunjukkan infiltrasi lesi awal pada area paru atas, simpanan kalsium lesi sembuh primer, atau effusi cairan. Perubahan menunjukkan lebih luas TB dapat termasuk rongga, area fibrosa.
- f. Histologi atau kultur jaringan (termasuk pembersihan gaster, urine dan cairan serebrospinal, biopsi kulit) : positif untuk *Mycobacterium tuberculosis*.
- g. Biopsi jarum pada jaringan paru : Positif untuk granuloma TB, adanya sel raksasa menunjukkan nekrosis
- h. Elektrolit : Dapat tak normal tergantung pada lokasi dan beratnya infeksi; contoh hiponatremia disebabkan oleh tak normalnya retensi air dapat ditemukan pada TB paru kronis luas.

- i. GDA : Dapat normal tergantung lokasi, berat dan kerusakan sisa pada paru.
- j. Pemeriksaan fungsi paru : Penurunan kapasitas vital, peningkatan ruang mati, peningkatan rasio uadar residu dan kapasitas paru total, dan penurunan saturasi oksigen sekunder terhadap infiltrasi parenkim/fibrosis, kehilangan jaringan paru, dan penyakit pleural (TB paru meluas)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien dengan tuberkulosis paru menurut Doenges (2007), Carpenito (2007), Muttaqin (2008) dan Nanda (2007) adalah

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk.
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopurulen dan kekurangan upaya batuk.
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan permukaan efektif paru, atelektasis, kerusakan membran alveolar-kapiler, sekret kental dan tebal
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan, anoreksia, ketidakcukupan nutrisi
5. Nyeri berhubungan dengan peradangan bronkus, peradangan alveolus dan batuk terus menerus.
6. Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan kelelahan dan inadekuat oksigen untuk aktivitas
7. Resiko tinggi infeksi terhadap penyebaran atau aktivitas ulang berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat, kerusakan jaringan, penekanan proses inflamasi, mal nutrisi.
8. Hipertermi berhubungan dengan peningkatan kecepatan metabolisme sekunder terhadap infeksi paru.
9. Gangguan pemenuhan kebutuhan tidur yang berhubungan dengan adanya batuk, sesak nafas, dan nyeri.

10. Cemas berhubungan dengan krisis situasi, adanya ancaman kematian yang dibayangkan (ketidakmampuan untuk bernafas) dan prognosis penyakit yang belum jelas.
11. Kurangnya pengetahuan mengenai kondisi, aturan pengobatan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan rumah.

2.2.3 Fokus Intervensi dan Rasional

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk.

Tujuan : Bersihan jalan nafas efektif

Kriteria hasil : Pasien dapat mempertahankan jalan nafas dan mengeluarkan sekret tanpa bantuan

Intervensi

- a. Kaji fungsi pernafasan contoh bunyi nafas, kecepatan, irama, dan kelemahan dan penggunaan otot bantu

Rasional : Penurunan bunyi nafas dapat menunjukkan atelektasis, ronchi, mengi menunjukkan akumulasi sekret / ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas yang dapat menimbulkan penggunaan otot aksesori pernafasan dan peningkatan kerja pernafasan.

- b. Catat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa batuk efektif, catat karakter, jumlah sputum, adanya hemoptisis

Rasional : Pengeluaran sulit bila sekret sangat tebal sputum berdarah kental / darah cerah diakibatkan oleh kerusakan (kavitas) paru atau luka bronkial dan dapat memerlukan evaluasi/intervensi lanjut

- c. Berikan pasien posisi semi atau fowler tinggi. Bantu pasien untuk batuk dan latihan nafas dalam.

Rasional : Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan. Ventilasi maksimal membuka

area atelektasis dan meningkatkan gerakan sekret kedalam jalan nafas besar untuk dikeluarkan.

- d. Bersihkan sekret dari mulut dan trakea, penghisapan sesuai keperluan

Rasional : Mencegah obstruksi respirasi, penghisapan dapat diperlukan bila pasien tidak mampu mengeluarkan sekret.

Pertahankan masukan cairan sedikitnya 2500 mL/hari kecuali kontra indikasi.

Rasional : Pemasukan tinggi cairan membantu untuk mengencerkan sekret, membantu untuk mudah dikeluarkan

- e. Kolaborasi dengan pemberian obat-obatan sesuai indikasi Agen mukolitik, bronkodilator, kortikosteroid

Rasional : Agen mukolitik untuk menurunkan kekentalan dan perlengketan sekret paru untuk memudahkan pembersihan, Bronkodilator meningkatkan ukuran lumen percabangan trakeobronkial sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara, Kortikosteroid berguna pada adanya keterlibatan luas dengan hipoksemia dan bila respons inflamasi mengancam hidup.

- 2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopurulen dan kekurangan upaya batuk.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas kembali efektif

Kriteria hasil : Dispnea, frekuensi pernafasan dan kedalaman nafas kembali normal

Intervensi:

- a. Kaji kualitas dan kedalaman pernafasan, penggunaan otot aksesoris dan catat setiap perubahan.

Rasional : kecepatan biasanya meningkat, dispnea terjadi peningkatan kerja pernafasan, kedalaman pernafasan bervariasi tergantung derajat gagal nafas

- b. Kaji kualitas sputum, warna, bau dan konsistensi

Rasional : Adanya sputum yang tebal, kental berdarah atau purulen diduga terjadi sebagai masalah sekunder.

- c. Baringkan pasien untuk mengoptimalkan pernafasan (Semi fowler/fowler tinggi)
Rasioanal : posisi duduk mengoptimalkan ekspansi paru maksimal upaya batuk untuk memobilisasi dan membuang sekret
- d. Berikan dorongan untuk memperbanyak minum
Rasional : hidrasi adekuat untuk mempertahankan sekret/peningkatan pengeluaran.

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan permukaan efektif paru, atelektasis, kerusakan membran alveolar-kapiler, sekret kental dan tebal

Tujuan : Tidak ada tanda-tanda dispnea atau penurunan dispnea

Kriteria hasil : Melaporkan tidak adanya penurunan dispnea, menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan adekuat dengan GDA dalam rentang normal, bebas dari gejala distress pernafasan.

Intervensi:

- a. Kaji dispnea, takipnea, tidak normal atau menurunnya bunyi nafas, peningkatan upaya pernafasan, terbatasnya ekspansi dinding dada dan kelemahan
Rasional : TB paru menyebabkan efek luas pada paru dari bagian kecil bronkopneumonia sampai inflamasi difusi luas nekrosis effusi pleural untuk fibrosis luas. Efek pernafasan dapat dari ringan sampai dispnea berat sampai distress pernafasan.
- b. Evaluasi perubahan pada tingkat kesadaran, catat sianosis dan perubahan pada warna kulit, termasuk membran mukosa dan kuku.
Rasional : Akumulasi sekret/pengaruh jalan nafas dapat mengganggu oksigenasi organ vital dan jaringan.
- c. Tunjukkan/dorong bernafas dengan bibir selama endikasi, khususnya untuk pasien dengan fibrosis atau kerusakan parenkim.

Rasional : Membuat tahanan melawan udara luar untuk mencegah kolaps atau penyempitan jalan nafas, sehingga membantu menyebarkan udara melalui paru dan menghilangkan atau menurunkan nafas pendek.

- d. Tingkatkan tirah baring/batasi aktivitas dan bantu aktivitas pasien sesuai keperluan.

Rasional : Penurunan kandungan oksigen/kebutuhan selama periode penurunan pernafasan dapat menurunkan beratnya gejala.

- e. Kolaborasi medis dengan mengawasi seri GDA/nadi ksimetri dan pemberian oksigen tambahan yang sesuai.

Rasional : Penurunan kandungan oksigen (PAO_2) dan/atau saturasi atau peningkatan $PaCO_2$ menunjukkan kebutuhan untuk intervensi/perubahan program terapi. Alat dalam memperbaiki hipoksemia yang dapat terjadi sekunder terhadap penurunan ventilasi/menurunnya permukaan alveolar paru.

- 4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan, anoreksia, ketidakcukupan nutrisi
Tujuan : Kebutuhan nutrisi terpenuhi (tidak terjadi perubahan nutrisi)

Kriteria hasil : Menunjukkan berat badan meningkat mencapai tujuan dengan nilai laboratorium normal dan bebas tanda-tanda malnutrisi, melakukan perilaku / perubahan pola hidup untuk meningkatkan dan/atau mempertahankan berat yang tepat.

Intervensi:

- a. Catat status nutrisi pasien dari penerimaan, catat turgor kulit, berat badan dan derajat kekurangannya berat badan, integritas mukosa oral, kemampuan/ketidakmampuan menelan, adanya tonus usus, riwayat mual atau muntah, diare.

Rasional : Berguna dalam mendefinisikan derajat/luasnya masalah dan pilihan intervensi yang tepat.

- b. Pastikan pada diet biasa pasien yang disukai atau tidak disukai.

Rasional : Membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan pertimbangan keinginan individu dapat memperbaiki masukan diet.

- c. Awasi masukan/pengeluaran dan berat badan secara periodik.

Rasional : Berguna dalam mengukur keefektifan nutrisi dan dukungan cairan

- d. Selidiki anoreksia mual dan muntah dan catat kemungkinan hubungan dengan obat awasi frekuensi, volume konsistensi feses.

Rasional : Dapat mempengaruhi pilihan diet dan mengidentifikasi area pemecahan masalah untuk meningkatkan pemasukan atau penggunaan nutrien.

- e. Dorong dan berikan periode istirahat sering.

Rasional : Membantu menghemat energi khususnya bila kebutuhan metabolik meningkat saat demam.

- f. Berikan perawatan mulut sebelum dan sesudah tindakan pernafasan.

Rasional : Menurunkan rasa tidak enak karena sisa sputum atau obat untuk pengobatan respirasi yang merangsang pusat muntah.

- g. Dorong makanan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat.

Rasional : Menaksimalkan masukan nutrisi tanpa kelemahan yang tidak perlu atau kebutuhan energi dari makan makanan banyak dari menurunkan iritasi gaster.

- h. Dorong orang terdekat untuk membawa makanan dari rumah dan untuk membagi dengan pasien kecuali kontraindikasi.

Rasional: Membantu lingkungan sosial lebih normal selama makan dan membantu memenuhi kebutuhan personal dan kultural.

- i. Kolaborasi , rujuk ke ahli diet untuk menentukan komposisi diet.

Rasional : Memberikan bantuan dalam perencanaan diet dengan nutrisi adekuat untuk kebutuhan metabolik dan diet.

5. Nyeri berhubungan dengan peradangan bronkus, peradangan alveolus dan batuk terus menerus.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang bahkan hilang.

Kriteria hasil : Pasien mampu menunjukkan peningkatan kenyamanan, pasien tampak rileks/nyaman, dengan skala nyeri 0-3. Intervensi

- a. Kaji nyeri, catat lokasi dan skala nyeri dengan PQRST

Rasional : Mengetahui keefektifan pengobatan, perubahan karakteristik nyeri menunjukkan adanya peradangan pada bronkus dan alveolus.

- b. Observasi tanda non verbal adanya ketidaknyamanan seperti raut wajah

Rasional : mengidentifikasi tingkat nyeri.

- c. Perhatikan tipe dan sumber nyeri

Rasional : menentukan strategi manajemen nyeri.

- d. Ajarkan teknik non farmakologi seperti teknik relaksasi, guided imagery dan distraksi massage

Rasional : untuk mengurangi nyeri.

- e. Berikan posisi yang nyaman misalnya semi fowler

Rasional : posisi semi fowler atau posisi duduk mengoptimalkan ekspansi paru maksimal, mengurangi sesak dan meminimalkan sesak nafas.

- f. Tingkatkan istirahat atau tidur

Rasional : untuk memfasilitasi manajemen nyeri

- g. Kolaborasi pemberian analgetik

Rasional : menghilangkan nyeri dengan terapi farmakologi.

6. Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan kelelahan dan inadekuat oksigen untuk aktivitas

Tujuan : Agar aktivitas kembali efektif

Kriteria hasil : pasien mampu melakukan ADLnya secara mandiri dan tidak kelelahan setelah beraktivitas

Intervensi

- a. Secara bertahap tingkatan aktivitas harian klien sesuai peningkatan toleransi.

Rasional : Mempertahankan pernafasan lambat, sedang dan latihan yang diawasi memperbaiki kekuatan otot asesori dan fungsi pernafasan.

- b. Memberi dukungan emosional dan semangat.

Rasional : Rasa takut terhadap kesulitan bernafas dapat menghambat peningkatan aktivitas

- c. Setelah aktivitas kaji respon abnormal untuk meningkatkan aktivitas.

Rasional : Intoleransi aktivitas dapat di kaji dengan mengevaluasi jantung sirkulasi dan status pernafasan setelah beraktivitas

- d. Kaji kemampuan pasien untuk belajar.

Rasional : Belajar tergantung emosi dari kesiapan fisik dan ditingkatkan pada tahapan individu.

- 7. Resiko tinggi infeksi terhadap penyebaran atau aktivitas ulang berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat, kerusakan jaringan, penekanan proses inflamasi, mal nutrisi

Tujuan: Tidak terjaji infeksi terhadap penyebaran

Kriteria hasil: Pasien mengidentifikasi intervensi untuk mencegah atau menurunkan resiko penyebaran infeksi, melakukan perubahan pola hidup.

Intervensi

- a. Kaji patologi penyakit dan potensial penyebaran infeksi melalui droplet udara selama batuk, bersin, meludah, bicara, tertawa.

Rasional : Membantu pasien menyadari/menerima perlunya mematuhi program pengobatan untuk mencegah pengaktifan berulang atau komplikasi serta membantu pasien atau orang terdekat untuk mengambil langkah dalam mencegah infeksi ke orang lain

- b. Identifikasi orang lain yang beresiko, misalnya anggota keluarga, sahabat, karib/teman.

Rasional : Orang-orang yang terpajan ini perlu program terapi obat untuk mencegah penyebaran/terjadinya infeksi

- c. Kaji tindakan kontrol infeksi sementara, misalnya masker atau isolasi pernafasan.

- d. Rasional: Dapat membantu menurunkan rasa terisolasi pasien dan membuang stigma sosial sehubungan dengan penyakit menular

- e. Anjurkan pasien untuk batuk / bersin dan mengeluarkan pada tisu dan menghindari meludah. Kaji pembuangan tisu sekali pakai dan teknik mencuci tangan yang tepat, dorong untuk mengulangi demonstrasi.

Rasional : Perilaku yang diperlukan untuk mencegah penyebaran

- f. Tekanan pentingnya tidak menghentikan terapi obat.

Rasional: Periode singkat berakhir 2-3 hari setelah kemoterapi awal, tetapi pada adanya rongga atau penyakit luas, sedang resiko penyebaran infeksi dapat berlanjut sampai 3 bulan

- g. Dorong memilih mencerna makanan seimbang, berikan makan sering, makanan kecil pada jumlah, makanan besar yang tepat.

Rasional : Adanya anoreksia (malnutrisi sebelumnya, merendahkan tahapan terhadap proses infeksi dan mengganggu penyembuhan, makanan kecil dapat meningkatkan pemasukan semua.

- 8. Hipertermi berhubungan dengan peningkatan kecepatan metabolisme sekunde terhadap infeksi paru.

Tujuan : Suhu tubuh kembali normal dan tidak muncul tanda-tanda inflamasi lainnya

Kriteria hasil : Suhu tubuh dalam rentang normal $\leq 37,5^{\circ}\text{C}$, nadi dan RR dalam rentang normal, Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing.

Intervensi

- a. Monitor tanda-tanda vital sesering mungkin, terutama suhu tubuh minimal 2 jam sekali.

Rasional : Mengidentifikasi peningkatan suhu secepat mungkin

- b. Monitor tingkat kesadaran

Rasional : mengetahui adanya penurunan kesadaran

- c. Anjurkan pasien untuk mengenakan pakaian yang tipis

Rasional : Mencegah adanya evaporasi

- d. Melakukan tepid sponge

Rasional : untuk menurunkan suhu tubuh

- e. Menganjurkan pasien untuk banyak minum air putih (intake yang adekuat)

Rasional : Untuk mencegah adanya dehidrasi.

- f. Kolaborasi pemberian antipiretik

Rasional : untuk membantu penurunan suhu tubuh.

- 9. Gangguan pemenuhan kebutuhan tidur yang berhubungan dengan adanya batuk, sesak nafas, dan nyeri.

Tujuan : Agar kebutuhan tidur terpenuhi

Kriteria hasil : pasien dapat istirahat tidur tanpa mudah terbangun.

Intervensi

- a. Diskusikan perbedaan individual dalam kebutuhan tidur berdasarkan hal usia, tingkat aktivitas, gaya hidup tingkat stress
- Rasional : Rekomendasikan yang umum untuk tidur 8 jam tiap malam nyatanya tidak mempunyai fungsi dasar ilmiah individu yang dapat rileks dan istirahat dengan mudah.

- b. Tingkatkan relaksasi, berikan lingkungan yang gelap atau terang, berikan kesempatan untuk memilih menggunakan bantal, linen atau selimut, berikan ritual waktu tidur yang menyenangkan, bila perlu pastikan ventilasi baik, tutup pintu jika pasien menginginkan

Rasional : tidur akan sulit dicapai jika tidak tercapai relaksasi, lingkungan rumah sakit dapat mengganggu relaksasi.

10. Cemas berhubungan dengan krisis situasi adanya ancaman kematian yang dibayangkan (ketidakmampuan untuk bernafas) dan prognosis penyakit yang belum jelas

Tujuan : Mampu memahami dan menerima keadaannya sehingga tidak terjati kecemasan.

Kriteria hasil : Mampu bernafas secara normal dan mampu beradaptasi dengan keadaannya. Respon nonverbal pasien tampak lebih santai dan rileks

Intervensi

a. Bantu dalam mengidentifikasi sumber koping yang ada

Rasional : Pemanfaatan sumber koping yang ada secara konstruktif sangat bermanfaat dalam mengatasi stres

b. Ajarkan teknik relaksasi

Rasional : Mengurangi ketegangan otot dan kecemasan.

c. Pertahankan hubungan saling percaya antara perawat dan pasien

Rasional : Hubungan saling percaya membantu memperlancar proses terapeutik

d. Kaji faktor yang menyebabkan timbulnya rasa cemas

Rasional : Tindakan yang tepat diperlukan dalam mengatasi masalah yang dihadapi pasien dan membangun kepercayaan dalam mengurangi kecemasan.

e. Bantu pasien mengenali dan mengakui rasa cemasnya

Rasional : Rasa cemas merupakan efek emosi sehingga apabila sudah teridentifikasi dengan baik, maka perasaan yang mengganggu dapat diketahui.

11. Kurangnya pengetahuan mengenai kondisi, aturan pengobatan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan rumah.

Tujuan : Pasien mampu melaksanakan apa yang telah diinformasikan.

Kriteria hasil : Pasien terlihat mengalami penurunan potensi menularkan penyakit yang ditunjukkan oleh kegagalan kontrak pasien

Intervensi

- a. Kaji kemampuan pasien untuk mengikuti pembelajaran (tingkat kecemasan, kelemahan umum, pengetahuan pasien sebelumnya, dan suasana yang tepat)

Rasional : Kebersihan proses pembelajaran dipengaruhi oleh kesiapan fisik, emosional dan lingkungan yang kondusif

- b. Jelaskan tentang dosis obat, frekuensi pemberian, kerja yang diharapkan dan alasan mengapa pengobatan TB berlangsung dalam waktu lama

Rasional : Meningkatkan partisipasi pasien dalam program pengobatan dan mencegah putus obat karena membaiknya kondisi fisik pasien sebelum jadwal terapi selesai

- c. Ajarkan dan nilai kemampuan klien untuk mengidentifikasi gejala /tanda reaktivitas penyakit

Rasional : Dapat menunjukan pengaktifan ulang proses penyakit dan efek obat yang memerlukan evaluasi lanjut.

- d. Tekankan pentingnya mempertahankan intake nutrisi yang mengandung protein dan kalori yang tinggi serta intake cairan yang cukup setiap hari.

Rasional : Diet TKTP dan cairan yang adekuat memenuhi peningkatan kebutuhan metabolik tubuh.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Gambaran Lokasi

RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang merupakan rumah sakit tipe B yang menjadi Badan Layanan Umum Berdasarkan Surat Keterangan : MK.01.02/6/1987/2012. Kapasitas tempat tidur 306 tempat tidur. Bed Occupancy Ratio (BOR) sebesar 73%. Sementara itu, Average Length of Stay (LOS) adalah selama 5 hari. Jumlah pasien rawat inap sebanyak 18.966 orang/tahun dengan rata-rata 8.302 orang/tahun. Sedangkan, jumlah pasien rawat jalan sebanyak 104.649 orang/tahun dengan rata-rata 39.359/tahun. Tenaga kesehatan yang berada di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang terdiri dari 108 dokter, yang terdiri atas 101 dokter umum dan spesialis, 6 dokter gigi, dan 1 dokter bedah. Jumlah tenaga perawat di rumah sakit ini sebanyak 378 orang yang terdiri dari Ners 371 orang dan perawat gigi 7 orang.

Ruang Tulip merupakan salah satu ruang perawatan di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dengan kasus terbanyak TB Paru yaitu dalam 6 bulan terakhir Januari sampai Juni 2018 jumlah pasien yang dirawat di ruangan tulip sebanyak 225 orang rata-rata 30 orang yang dirawat tiap bulannya. Perawat diruangan tulip berjumlah 13 orang laki 1, perempuan 12 orang dengan tingkat pendidikan Ners 2 orang dan 11 orangnya, D3 keperawatan. Jumlah BED diruangan ini sebanyak 18 buah. Bed Occupancy Ratio (BOR) ruangan ini pada tahun 2016 sebesar 55,8%. Average Length of Stay (LOS) rata-rata selama 10 hari. Menurut Depkes (2010) Average Length of Stay (LOS) yang ideal adalah 6 sampai 9 hari dan Bed Occupancy Ratio (BOR) yang ideal adalah 60-80%. Bed Turn Over (BTO) yaitu tingkat penggunaan sebuah tempat tidur dalam satu tahun sebanyak 21 kali dan Turn Over Internal (TOI) yaitu angka rata-rata tempat tidur tidak terisi sebanyak 8 hari. Net Death Rate (NDT) yaitu angka 48 jam setelah dirawat untuk tiap tiap 1000 penderita keluar sebesar 179%o. Gross Death Rate (GDR) yaitu angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar sebanyak 195%.

3.1.2 Asuhan Keperawatan

Pasien Tn. B.M. berusia 36 tahun, tanggal lahir 2 November 1983, jenis kelamin laki-laki, suku Rote, Agama Kristen Protestan, pekerjaan PNS,

pendidikan terakhir D3, alamat Rote, masuk rumah sakit tanggal 11 Juli 2019. Pengkajian dilakukan tanggal 15 Juli 2019 menggunakan data alloanamnesa dan autoanamnesa.

3.1.2.1 Pengkajian

Keluhan utama saat ini pasien mengatakan sesak napas, batuk berdarah, seluruh tubuh lemas dan berkeringat dingin pada malam hari. Riwayat keluhan pasien mengatakan 4 hari yang lalu (11 Juli 2019) merasakan seluruh badan lemas, sesak napas dan batuk berlendir susah dikeluarkan, keringat di malam hari. Selama di rumah pasien minum obat yang dibeli di kios. Nama obat pasien lupa. Satu hari yang lalu pasien merasa sangat sesak nafas, batuk dan badan lemas. Lalu oleh keluarga diantar ke RSUD Prof Dr. W.Z. Johannes Kupang.

Riwayat masa lalu pasien mengatakan baru pertama kali masuk rumah sakit. Riwayat kesehatan keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama seperti pasien. Pasien tinggal serumah bersama dan 3 orang anak”. Istri pasien sudah meninggal karena jantung.

Pola nutrisi metabolic kebiasaan sehari-hari, pasien mengatakan selalu menghabiskan porsi makanan yang disediakan, makanan sehari-hari yang sering di makan : nasi, sayur-sayuran dan lauk pauk. Kebiasaan saat ini : pasien mengatakan malas makan, hanya menghabiskan ¼ porsi porsi makanan yang disediakan oleh rumah sakit diet TKTP. Berat badan (BB) sebelum sakit 50 kg, saat sakit berat badan (BB) 40 kg.

Pola Kognitif perceptual, pasien mengatakan bahwa telah mendapatkan penjelasan tentang TBC dari dokter ataupun perawat. Ketika ditanya Apakah yang bapak ketahui tentang TBC? Pasien menjawab “yang saya ketahui tentang TBC adalah penyakit menular lewat percikan ludah waktu berbicara, batuk, bersin. Saya memakai masker saat dekat dengan anak, istri atau saudara”

Pola persepsi diri/Konsep diri. Pasien mengatakan dirinya sedang menderita penyakit yang sangat berat, pasien tidak pernah terpikirkan akan menderita penyakit TBC, pasien merasa cemas dengan

penyakitnya saat ini. Pola tidur dan istirahat sebelum sakit normal 7-9 jam, saat sakit tidur malam hanya 3-4 jam saja karena batuk dan sesak nafas.

3.1.2.2 Pemeriksaan Fisik

Hasil yang diperoleh dari pemeriksaan fisik adalah keadaan umum pasien tampak lemah, pasien tampak sesak napas, napas cepat dan dangkal, batuk tetapi hanya sedikit lender yang keluar, kesadaran composmentis dengan GCS: E4V5M6. TTV: TD 90/60 mmHg, S 36°C, N 97x/menit, RR: 26 x/menit. BB saat ini 45 kg dan TB 155 cm. CRT < 3 detik, kurang mampu mendengar dengan jelas.

$$\begin{aligned} \text{BMI (Kg)} &= \{ \text{TB(cm)} - 100 \} - \{ [\text{TB(cm)} - 100] \times 10\% \} \\ &= \{ 168 \text{ cm} - 100 \} - \{ [168 \text{ cm} - 100] \times 10\% \} \\ &= 14,2 \text{ Kg} \end{aligned}$$

3.1.2.3 Pemeriksaan Penunjang.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada 11 Juli 2019 yaitu : Hb: 11,2 g/dL (normal: 13,0-18,0), Jumlah Eritrosit: $4,77 \times 10^6/\mu\text{L}$ (normal: $4,50 - 6,20 \times 10^6/\mu\text{L}$), Ht: 34,0% (normal: 40,0-54,0%), MCV: 71,3 fL (normal: 81,0-96,0 fL), MCH: 23,5 pg (normal: 27,0-36,0 pg), Jumlah Lekosit: $9,53 \times 10^3/\mu\text{L}$ (normal: $4,0 - 10,0 \times 10^3/\mu\text{L}$), Eosinofil: 6,4% (normal: 1,0-5,0%), Basofil: 0,6% (normal: 0-1%), Neutrofil: 92 % (normal: 50-70%), Limfosit: 20,0% (normal 20-40%), Monosit: 7,7% (normal: 2-8%), Jumlah Eosinofil $1,0 \times 10^3/\mu\text{L}$ (normal: 0,00-0,40 $\times 10^3/\mu\text{L}$), GDS: 147 g/dl, BUN : 13,0 md/dl, creatinin: 0,82 mg/dl (normal : 0,7 – 1,3 mg/dl), natrium darah: 131 mEq/l (normal 132 – 147 mEq), Kalium 3,4 mEq/L (3,5- 4,5)

Hasil pemeriksaan BTA Bakteriologi TB pada tanggal 13 juli 2019 yaitu: +3 (S,P) (normal : -/-/-), Hasil tes cepat Xpert MTB pada tanggal 13 juli 2019 dan tanggal 15 juli 2019 hasil probe A,B,C,D,E positif (normal : negative).

Therapi

Cairan infuse: IVFD Aminoflud 1000 cc/24 jam (indikasi : diindikasikan untuk perawatan Sintesis hemoglobin, Penguatan sistem kekebalan tubuh, Asma, Hiperkalemia, Gula darah rendah, Dehidrasi, Skizofrenia, Penyembuhan luka, Tissue perbaikan,

Gigi sensitif dan kondisi lainnya, kontra indikasi : kelainan metabolisme elektrolit (hiperkalemia, hiperfosfatemia, hipermagnesemia, hiperkalsemia, hipernatremia, hiperkloremia), koma hepatik atau berisiko tinggi terkena koma hepatik, disfungsi ginjal berat, kelainan metabolisme asam amino, koagulasi darah serius, trombosis, diabetes melitus dengan ketosis, hiperlipidemia.), Ceftriaxon 2x 2 gr drip Nacl 100cc 30 tetes permenit (indikasi : untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri seperti infeksi saluran pernafasan, infeksi saluran kemih, infeksi saluran cerna, infeksi kulit, infeksi tulang serta sendi, otitis media, gonorrhea, profilaksis sebelum operasi, dan meningitis, Kontraindikasi : Hipersensitivitas; hiperbilirubinemia neonatus), Aspar K 3 x 1 (indikasi : digunakan untuk suplementasi kalium pada kondisi kekurangan ataupun penyakit-penyakit yang menyebabkan kalium rendah. Penyakit hati, jantung, kelelahan fisik, masa penyembuhan, dan muntah-muntah, kontraindikasi : Pasien dengan penyakit Addison yang tidak diobati; pasien dengan kelebihan kalium, pasien hipersensitif), moxifloxacin 1 x 40 mg (indikasi untuk infeksi :sinusitis maksilaris akut, bronkitis kronik bakteri eksaserbasi akut, pneumonia komunitas, kulit dan struktur kulit yang kompleks, dan infeksi intraabdominal (struktur dan organ di dalam rongga perut. kontraindikasi : moksifloksasina (moxifloxacin) harus dihindari pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap moksifloksasina (moxifloxacin) atau antibiotik golongan kuinolon lainnya. pasien dengan riwayat kelainan tendon akibat terapi kuinolon, pasien dengan perpanjangan interval QT (gangguan irama jantung) gangguan elektrolit khususnya hipokalemia, bradikardia, gagal jantung dengan pengurangan fraksi ejeksi ventrikel kiri, riwayat aritmia asimtomatik, Obat yang berpotensi meningkatkan interval QT (cisapiride, erythromycin, antipsikosis), NAC 3 x 200 mg (indikasi: Infeksi saluran nafas dengan mukus berlebihan termasuk bronkitis, emfisema&bronkiektasis, profilaksis & terapi kompilasi bronkopulmonal dengan mukostasis, bronkial catarrh. Juga sebagai anti

radikal bebas dan anti oksidan, kontra indikasi: Hipersensitivitas.
Nebulizer combiven + pulmicor/ 8 jam.

Analisa Data

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa:

1. Data subyektif: Pasien mengatakan sesak nafas
Data obyektif pasien tampak sesak nafas, RR: 26 x/ mnt,
Nadi 107 x/menit, O2 3 liter/menit
Etiologi : sekresi mukopurulen, Masalah : Pola nafas tidak efektif.
2. Data subyektif: Pasien mengatakan batuk berdahak,
Data Obyektif: Pasien tampak batuk keluar sputum berwarna kuning, darah warna hitam, Hasil fotothorax: KP aktif, hasil Bakteriologi TB Sputum tanggal 13 juli 2019 sewaktu +3, pagi +3, hasil Tes Uji Cepat Dahak 15 juli 2019 probe A,B,C,D,E(+).
Etiologi: penumpukkan sekret; masalah: bersihan jalan nafas tidak efektif
3. Data subyektif: pasien mengatakan malas makan;
Data obyektif: A (antropometri): berat badan sebelum sakit 50 kg dan berat badan sekarang ketika sakit 40 kg; B (biokimia): Hb: 11,6 g%; C (clinical): klien terlihat lesu dan lemah, nafsu makan menurun; D (diet): klien hanya habis ¼ porsi (nasi, sayur dan buah), minum teh ½ gelas.
Etiologi: Anoreksia; masalah: perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
4. Data subyektif: Pasien mengatakan susah tidur pada siang dan malam hari karena batuk
Data Obyektif : pasien batuk terus menerus pada siang dan malam hari, pasien tidur hanya 3-4 jam.
Etiologi : Proses penyakit, masalah : gangguan pola tidur
5. Data subyektif : pasien mengatakan cemas akan penyakit yang dideritanya,
Data obyektif : pasien tampak cemas, sesak nafas, tidak bersemangat
Etiologi : proses penyakit yang belum jelas, masalah : Cemas

A. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil analisa data maka diagnosa yang ditegakkan pada tanggal 15 Juli 2019 yaitu

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopurulen

2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, ketidakcukupan nutrisi
4. Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk.
5. Cemas berhubungan dengan proses penyakit.

B. Intervensi Keperawatan

Perencanaan disusun untuk mengatasi masalah keperawatan Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopurulen, Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pola nafas kembali aktif, Kriteria Hasil: dalam jangka waktu 3 x 24 jam dispnea berkurang, frekuensi, irama dan kedalaman dan pernafasan normal, Intervensi : 1. Kaji kualitas dan kedalaman pernafasan penggunaan otot aksesoris, catat setiap perubahan, Rasional : Kecepatan biasanya meningkat, dispnea terjadi peningkatan kerja nafas, kedalaman pernafasan dan bervariasi tergantung derajat gagal nafas. 2. Kaji kualitas sputum, warna, bau dan konsistensi, Rasional : Adanya sputum yang tebal, kental, berdarah dan purulen diduga terjadi sebagai masalah sekunder. 3. Baringkan klien untuk mengoptimalkan pernafasan (semifowler) Rasional : Posisi duduk memungkinkan ekspansi paru maksimal upaya batuk untuk memobilisasi dan membuang sekret.

Perencanaan disusun untuk mengatasi masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk. Tujuan : bersihan jalan nafas efektif, Kriteria Hasil : dalam jangka waktu 3 x 24 jam pasien dapat mempertahankan jalan nafas dan mengeluarkan sekret tanpa bantuan, Intervensi: 1. Kaji fungsi pernafasan contoh bunyi nafas, kecepatan, irama, dan kelemahan dan penggunaan otot bantu. Rasional : Peningkatan bunyi nafas dapat menunjukkan atelektasis, ronchi, mengi menunjukkan akumulasi sekret/ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas yang dapat menimbulkan penggunaan otot akseseri pernafasan dan peningkatan kerja pernafasan. 2. Catat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa batuk efektif, catat karakter, jumlah sputum, adanya hemoptisis, Rasional :

Pengeluaran sulit bila sekret sangat tebal sputum berdarah kental/darah cerah (misal efek infeksi, atau tidak kuatnya hidrasi). 3. Berikan klien posisi semi atau fowler tinggi Rasional : Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan.4. Bersihkan sekret dari mulut dan trakea, penghisapan sesuai keperluan, Rasional : Mencegah obstruksi respirasi, penghisapan dapat diperlukan bila pasien tidak mampu mengeluarkan sekret., 5. Pertahankan masukan cairan sedikitnya 2500 ml/hari kecuali kontra indikasi, Rasional : Pemasukan tinggi cairan membantu untuk mengencerkan sekret, membantu untuk mudah dikeluarkan.

Perencanaan disusun untuk mengatasi masalah Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, ketidakcukupan nutrisi, Tujuan : kebutuhan nutrisi terpenuhi (tidak terjadi perubahan nutrisi), Kriteria hasil : dalam jangka waktu 3 x 24 jam pasien menunjukkan peningkatan berat badan dan melakukan perilaku atau perubahan pola hidup, Intervensi : 1. Catat status nutrisi pasien dari penerimaan, catat turgor kulit, berat badan dan derajat kekurangannya berat badan, riwayat mual atau muntah, diare. Rasional : berguna dalam mendefinisikan derajat/luasnya masalah dan pilihan intervensi yang tepat. 2. Pastikan pada diet biasa pasien yang disukai atau tidak disukai. Rasional : membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan pertimbangan keinginan individu dapat memperbaiki masukan diet. 3. Selidiki anoreksia, mual dan muntah dan catat kemungkinan hubungan dengan obat, awasi frekuensi, volume konsistensi feces, Rasional : Dapat mempengaruhi pilihan diet dan mengidentifikasi area pemecahan masalah untuk meningkatkan pemasukan atau penggunaan nutrien. 4. Dorong dan berikan periode istirahat sering. Rasional : Membantu menghemat energi khususnya bila kebutuhan meningkat saat demam. 5. Berikan perawatan mulut sebelum dan sesudah tindakan pernafasan, Rasional : Menurunkan rasa tidak enak karena sisa sputum atau obat untuk pengobatan respirasi yang merangsang pusat muntah. 1. Dorong makan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein. Rasional : Masukan nutrisi tanpa

kelemahan yang tidak perlu atau kebutuhan energi dari makan makanan banyak dari menurunkan iritasi gaster. 2. Kolaborasi, rujuk ke ahli diet untuk menentukan komposisi diet. Rasional : bantuan dalam perencanaan diet dengan nutrisi adekuat untuk kebutuhan metabolik dan diet.

Perencanaan disusun untuk mengatasi masalah Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk. Tujuan : agar pola tidur terpenuhi. Kriteria hasil : dalam jangka waktu 3 x 24 jam pasien dapat istirahat tidur tanpa terbangun. Intervensi dan rasional: 1. Diskusikan perbedaan individual dalam kebutuhan tidur berdasarkan hal usia, tingkat aktivitas, gaya hidup tingkat stress, Rasional : rekomendasi yang umum untuk tidur 8 jam tiap malam nyatanya tidak mempunyai fungsi dasar ilmiah individu yang dapat rileks dan istirahat dengan mudah memerlukan sedikit tidur untuk merasa segar kembali dengan bertambahnya usia, waktu tidur. Total secara umum menurun, khususnya tidur tahap IV dan waktu tahap meningkat. 2. Tingkatkan relaksasi, berikan lingkungan yang gelap dan terang, berikan kesempatan untuk memilih penggunaan bantal, linen dan selimut, berikan ritual waktu tidur yang menyenangkan bila perlu pastikan ventilasi ruangan baik, tutup pintu ruangan bila klien menginginkan. Rasional : tidur akan sulit dicapai sampai tercapai relaksasi, lingkungan rumah sakit dapat mengganggu relaksasi.

Perencanaan disusun untuk mengatasi masalah Cemas berhubungan dengan proses penyakit. Tujuan : Pasien akan terbebas dari cemas selama dalam perawatan. Kriteria hasil : dalam jangka waktu 3 x 24 jam pasien mampu bernafas secara normal dan mampu beradaptasi dengan keadaannya. Respon nonverbal pasien tampak lebih santai dan rileks. Intervensi dan rasional: 1. Bantu dalam mengidentifikasi sumber koping yang ada, Rasional : Pemanfaatan sumber koping yang ada secara konstruktif sangat bermanfaat dalam mengatasi stress 1. Ajarkan teknik relaksasi, Rasional : Mengurangi ketegangan otot dan kecemasan, 2. Pertahankan hubungan saling percaya antara perawat dan pasien. Rasional : Hubungan saling percaya membantu memperlancar proses terapeutik, 3. Kaji faktor yang menyebabkan timbulnya rasa cemas,

Rasional : Tindakan yang tepat diperlukan dalam mengatasi masalah yang dihadapi pasien dan membangun kepercayaan dalam mengurangi kecemasan. 4. Bantu pasien mengenali dan mengakui rasa cemasnya, Rasional :Rasa cemas merupakan efek emosi sehingga apabila sudah teridentifikasi dengan baik, maka perasaan yang mengganggu dapat diketahui.

C. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan rencana tersebut maka dilakukan tindakan sejak 15 Juli sampai 18 Juli 2019 untuk mengatasi masalah Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk,. Pada hari pertama jam 08.00 mengatur posisi pasien semi fowler dengan meninggikan kepala tempat tidur 30°. Jam 08.10 Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas. Jam 08.20 Memonitor pola nafas. Jam 08. 30 Memonitor peningkatan kelelahan, kecemasan dan kekurangan udara pada pasien. Jam 08.40 Mengajarkan pasien batuk efektif. Jam 08.55 Memonitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut. Jam 09.00 memberikan O2 3 liter/menit. Pada hari pertama sampai ketiga tindakan yang dilakukan yaitu memonitoring terhadap tindakan yang telah dilakukan pada hari pertama.

Berdasarkan rencana tersebut maka dilakukan tindakan sejak 15 Juli sampai 18 Juli 2019 untuk mengatasi masalah Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk. Pada hari pertama jam 08.00 Mengkajian fungsi pernafasan contoh bunyi nafas, kecepatan, irama, dan kelemahan dan penggunaan otot bantu, Jam 08.10 Mencatat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa batuk efektif, catat karakter, jumlah sputum, adanya hemoptisis, Jam 11.20 Memberikan klien posisi semi atau fowler tinggi, Jam 14.00 Memberikan tindakan kolaborasi Nebulasi cobivent 1 flash + pulmicort. Pada hari pertama sampai ketiga tindakan yang dilakukan yaitu memonitoring terhadap tindakan yang telah dilakukan pada hari pertama.

Berdasarkan rencana tersebut maka dilakukan tindakan sejak 15 Juli sampai 18 Juli 2019 untuk mengatasi: Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d anoreksia adalah Jam 08.30 Mengkaji dan memantau intake dan output, BB pasien, Jam 09.00 memberikan penjelasan pasien tentang kebutuhan nutrisi bagi tubuh, Jam 09.30 Mengajarkan perawatan mulut sebelum dan sesudah makan, menyediakan makanan selagi hangat, Jam 12.00 Mendorong makan sedikit tetapi sering. Pada hari pertama sampai ketiga tindakan yang dilakukan yaitu memonitoring terhadap tindakan yang telah dilakukan pada hari pertama.

Berdasarkan rencana tersebut maka dilakukan tindakan sejak 15 Juli sampai 18 Juli 2019 untuk mengatasi: Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk adalah Jam 08.30 Mendiskusikan perbedaan individual dalam kebutuhan tidur berdasarkan hal usia, tingkat aktivitas, gaya hidup tingkat stress, Jam 08.45 Meningkatkan relaksasi, Jam 08.50 Memberikan lingkungan yang gelap dan terang, berikan kesempatan untuk memilih penggunaan bantal, linen dan selimut, berikan ritual waktu tidur yang menyenangkan bila perlu pastikan ventilasi ruangan baik, tutup pintu ruangan bila klien menginginkan. Pada hari pertama sampai ketiga tindakan yang dilakukan yaitu memonitoring terhadap tindakan yang telah dilakukan pada hari pertama.

Berdasarkan rencana tersebut maka dilakukan tindakan sejak 15 Juli sampai 18 Juli 2019 untuk mengatasi: Cemas berhubungan dengan proses penyakit adalah jam 08.40 mempertahankan kontak dengan klien, Jam 09.00 Mengkaji faktor yang menyebabkan rasa cemas, membantu dalam mengidentifikasi sumber coping yang salah, Pada jam 09.30 mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan. Pada hari pertama sampai ketiga tindakan yang dilakukan yaitu memonitoring terhadap tindakan yang telah dilakukan pada hari pertama.

D. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam asuhan keperawatan untuk menilai keberhasilan tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Tn. B.M dilaksanakan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara objektif maupun secara subjektif menggunakan evaluasi SOAP.

Hasil evaluasi yang dilakukan pada hari Kamis 18 Juli 2019 jam 13.30 setelah dilakukan tindakan selama 3 hari dengan masalah Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk,. Tn. B.M mengatakan sudah tidak sesak napas lagi, batuk berkurang, tidak berdarah, pasien tampak lebih nyaman dari sebelumnya, RR : 20 x/menit. Jadi masalah keperawatan teratasi intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

Hasil evaluasi yang dilakukan pada hari Kamis 18 Juli 2019 jam 14.30 setelah dilakukan tindakan selama 3 dengan masalah Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk. Tn. B.M mengatakan jalan nafas efektif tidak ada penumpukkan lendir sehingga masalah keperawatan teratasi intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

Hasil evaluasi yang dilakukan pada hari Kamis 18 Juli 2019 jam 13.30 setelah dilakukan tindakan selama 3 hari dengan masalah Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, ketidakcukupan nutrisi. Tn. B.M mengatakan bisa menghabiskan makanan yang di berikan oleh rumah sakit., pasien tampak segar sehingga masalah keperawatan teratasi sebagian dilanjutkan perawat ruangan.

Hasil evaluasi yang dilakukan pada hari Kamis 18 Juli 2019 jam 13.30 setelah dilakukan tindakan selama 3 hari dengan masalah Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk. Tn. B.M mengatakan pola tidur terpenuhi. pasien dapat istirahat tidur tanpa terbangun sehingga masalah keperawatan teratasi sebagian dilanjutkan perawat ruangan.

Hasil evaluasi yang dilakukan pada hari Kamis 18 Juli 2019 jam 13.30 setelah dilakukan tindakan selama 3 hari dengan masalah Cemas berhubungan dengan proses penyakit. pasien Tn. B.M mengatakan tidak

merasa cemas lagi , pasien tampak rileks sehingga masalah keperawatan teratasi dilanjutkan perawat ruangan.

3.2 Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini penelitian akan membandingkan antara kasus dan teori, dengan aplikasi atau asuhan keperawatan pada Tn. B.M dengan kasus yang telah di lakukan sejak tanggal 15 – 18 Juli 2019. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian,diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi dan dokumentasi data yang sistematis dan berkesinambungan. Pengkajian merupakan tahap awal dari suatu proses keperawatan, kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah pengumpulan data, seperti riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan data sekunder lainnya yang meliputi: catatan, hasil pemeriksaan diagnostik, dan literature (Carpenito & Moyet, 2007).

Pasien mengatakan sesak nafas, pasien tampak sesak nafas, RR: 26 x/ mnt, Nadi 107 x/menit, O2 3 liter/menit berkeringat dingin pada malam hari. Pasien mengatakan masuk rumah sakit dari tanggal 11 Juli 2019. Sehari sebelum masuk rumah sakit pasien merasa semakin sesak napas, batuk terus menerus dan seluruh badan semakin lemas, pasien juga mengatakan belum paham tentang pengobatannya”.

Menurut penulis keluhan utama pada kasus TB paru pada Tn. B.M yaitu sesak nafas. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI),2006;18), menjelaskan bahwa gejala respiratorik TB paru Data obyektif yaitu: Keluhan batuk, timbul paling awal dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan, sesak nafas biasanya keluhan ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothoraks, anemia, dan lain-lain, nyeri dada pada TB Paru termasuk nyeri pleuritik ringan. Gejala ini timbul apabila sistem persarafan di pleura terkena TB, keluhan yang sering dijumpai dan biasanya timbul pada sore atau malam hari mirip demam atau influenza, hilang timbul, dan semakin lama semakin panjang serangannya, sedangkan masa bebas serangan semakin pendek.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan dimana perawat mempunyai lisensi dan kemampuan untuk mengatasinya (Potter & Perry, 2005).

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Tn. B.M di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes di ruang Tulip pada tanggal 15 Juli 2019 adalah Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopurulen, Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk, Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, ketidakcukupan nutrisi, Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk, Cemas berhubungan dengan proses penyakit.

Penulis menegaskan diagnosa utama pola nafas tidak efektif berdasarkan pengkajian pada Tn. B.M yaitu : perubahan frekuensi napas, batuk berdahak. Penulis memprioritaskan diagnosa keperawatan ini karena pemenuhan kebutuhan oksigen adalah bagian penting dari kebutuhan fisiologis menurut Hierarki Maslow.

Dalam teori Doenges (2007) ada 11 diagnosa keperawatan pada kasus TBC yaitu Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk, Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopurulen dan kekurangan upaya batuk, Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan permukaan efektif paru, atelektasis, kerusakan membran alveolar-kapiler, sekret kental dan tebal, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan, anoreksia, ketidakcukupan nutrisi, Nyeri berhubungan dengan peradangan bronkus, peradangan alveolus dan batuk terus menerus, Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan kelelahan dan inadekuat oksigen untuk aktivitas, Resiko tinggi infeksi terhadap penyebaran atau aktivitas ulang berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat, kerusakan jaringan, penekanan proses inflamasi, mal nutrisi, Hipertermi berhubungan dengan peningkatan kecepatan metabolisme sekunder terhadap

infeksi paru, Gangguan pemenuhan kebutuhan tidur yang berhubungan dengan adanya batuk, sesak nafas, dan nyeri, Cemas berhubungan dengan proses penyakit, Kurangnya pengetahuan mengenai kondisi, aturan pengobatan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan rumah.

Dari 11 diagnosa keperawatan yang ditegakkan, diagnose keperawatan yang tidak diangkat yaitu , Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan permukaan efektif paru, atelektasis, kerusakan membran alveolar-kapiler, sekret kental dan tebal, Nyeri berhubungan dengan peradangan bronkus, peradangan alveolus dan batuk terus menerus, Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan kelelahan dan inadekuat oksigen untuk aktivitas, Resiko tinggi infeksi terhadap penyebaran atau aktivitas ulang berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat, kerusakan jaringan, penekanan proses inflamasi, mal nutrisi, Hipertermi berhubungan dengan peningkatan kecepatan metabolisme sekunder terhadap infeksi paru. Menurut penulis diagnosa keperawatan ini tidak diangkat karena tidak ditemukan data yang menunjang. Dengan demikian ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dari hasil perkiraan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter & Perry, 2005). Intervensi yang direncanakan untuk kasus Tn. B.M pada diagnose keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopurulen, 1. kaji kualitas dan kedalaman pernafasan penggunaan otot aksesoris, catat setiap perubahan 2. kaji kualitas sputum, warna, bau dan konsistensi, 3. atur posisi tidur Tn. B.M untuk mengoptimalkan pernafasan (semifowler).

Diagnosa keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk. yaitu: 1. kaji fungsi pernafasan contoh bunyi nafas, kecepatan, irama, dan kelemahan dan penggunaan otot bantu, 2. catat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa batuk efektif, catat karakter, jumlah sputum, adanya hemoptisis,

3.berikan klien posisi semi atau fowler tinggi, 4.bersihkan sekret dari mulut dan trakea, penghisapan sesuai keperluan,

Diagnosa Keperawatan Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, ketidakcukupan nutrisi, yaitu: 1. catat status nutrisi pasien dari penerimaan, catat turgor kulit, berat badan dan derajat kekurangannya berat badan, riwayat mual atau muntah, diare, 2. jelaskan pada Tn.B.M tentang kebutuhan nutrisi bagi tubuh. 3. kaji anoreksia, mual dan muntah dan mencatat kemungkinan hubungan dengan obat, awasi frekuensi, volume konsistensi feces, 4.ajarkan perawatan mulut sebelum dan sesudah makan , 6. anjurkan Tn. B.M makan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein,

Diagnosa keperawatan Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk. yaitu 1.kaji pola tidur Tn. B.M, 2. jelaskan kebutuhan tidur berdasarkan usia, tingkat aktifitas, gaya hidup, tingkat stress, 3. tingkatkan relaksasi, 4.berikan lingkungan yang gelap dan terang, 5.berikan kesempatan untuk memilih penggunaan bantal, linen dan selimut, 6.diskusikan dengan pasien ritual waktu tidur yang menyenangkan bila perlu pastikan ventilasi ruangan baik, tutup pintu ruangan bila klien menginginkan.

Diagnosa keperawatan Cemas berhubungan dengan proses penyakit. yaitu 1.kaji factor pencetus cemas, 2. bantu dalam mengidentifikasi sumber koping yang dirasakan Tn. B.M, 3.ajarkan teknik relaksasi, 4. pertahankan hubungan saling percaya antara perawat dan Tn.B.M. 5. bantu Tn. B.M mengenali rasa cemasnya.

Intervensi yang dibuat penulis sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Capernito (2007). Dengan demikian menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan criteria hasil yang di harapkan (Gordon, 2011). Implementasi keperawatan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien

mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Carpenito, 2000).

Implementasi yang dilakukan pada Tn. B.M pada diagnose keperawatan pola nafas tidak efektif yaitu mengatur posisi pasien semi fowler dengan meninggikan kepala tempat tidur 30°, memberikan O₂ 3 liter/menit. Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas, Memonitor pola nafas, Memonitor peningkatan kelelahan, kecemasan dan kekurangan udara pada pasien, Mengajarkan pasien batuk efektif, Memonitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut. Pada hari pertama sampai ketiga tindakan yang dilakukan yaitu memonitoring terhadap tindakan yang telah dilakukan pada hari pertama.

Pada diagnose keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk. Mengkajian fungsi pernafasan contoh bunyi nafas, kecepatan, irama, dan kelemahan dan penggunaan otot bantu, Mencatat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa batuk efektif, catat karakter, jumlah sputum, adanya hemoptisis, Memberikan klien posisi semi atau fowler tinggi, Memberikan tindakan kolaborasi Nebulasi cobivent 1 flash + pulmicort.

Pada diagnose keperawatan Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia adalah Mengkaji dan memantau intake dan output, dan BB pasien, memberikan penjelasan pasien tentang kebutuhan nutrisi bagi tubuh, mengajarkan perawatan mulut sebelum dan sesudah makan, menghadirkan makanan selagi hangat, Mendorong makan sedikit tetapi sering.

Pada diagnose keperawatan gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk adalah mendiskusikan perbedaan individual dalam kebutuhan tidur berdasarkan hal usia, tingkat aktivitas, gaya hidup tingkat stress, Meningkatkan relaksasi, memberikan lingkungan yang gelap dan terang, berikan kesempatan untuk memilih penggunaan bantal, linen dan selimut, berikan ritual waktu tidur yang menyenangkan bila perlu pastikan ventilasi ruangan baik, tutup pintu ruangan bila klien menginginkan.

Pada diagnose keperawatan cemas berhubungan dengan proses penyakit adalah mempertahankan kontak dengan klien, mengkaji faktor yang menyebabkan

rasa cemas, membantu dalam mengidentifikasi sumber coping yang salah, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Friedman, (dalam Harmoko, 2012) Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi-intervensi yang dilakukan oleh pasien, perawat. Ada beberapa metode evaluasi yang dipakai dalam perawatan. Faktor yang paling penting adalah bahwa metode tersebut harus disesuaikan dengan tujuan dan intervensi yang sedang dievaluasi. Bila tujuan tersebut sudah tercapai maka kita membuat rencana tindak lanjut.

Evaluasi yang dilakukan yaitu dengan masalah Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk. Pasien mengatakan sudah tidak sesak napas lagi, batuk berkurang, tidak berkeringat pada malam hari, pasien tampak lebih nyaman dari sebelumnya, RR: 22 x/menit. Jadi masalah keperawatan teratasi intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

Evaluasi yang dilakukan yaitu dengan masalah Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk. Tn. B.M mengatakan jalan nafas efektif tidak ada penumpukkan lendir sehingga masalah keperawatan teratasi intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

Evaluasi yang dilakukan yaitu dengan masalah Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, ketidakcukupan nutrisi. Tn. B.M mengatakan bisa menghabiskan makanan yang di berikan oleh rumah sakit., pasien tampak segar sehingga masalah keperawatan teratasi sebagian dilanjutkan perawat ruangan.

Evaluasi yang yaitu dengan masalah Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk. Tn. B.M mengatakan pola tidur terpenuhi. pasien dapat istirahat tidur tanpa terbangun sehingga masalah keperawatan teratasi sebagian dilanjutkan perawat ruangan.

Evaluasi yang dilakukan yaitu dengan masalah Cemas berhubungan dengan proses penyakit. Tn. B.M mengatakan tidak merasa cemas lagi, pasien tampak rileks sehingga masalah keperawatan teratasi dilanjutkan perawat ruangan.

Dengan demikian evaluasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu:

1. Faktor orang atau manusia
Orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien saja sehingga penulis tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin di dapatkan dari pasien yang lainnya dan efektifitas perawatan yang sudah diberikan.
2. Faktor waktu
Waktu rawat yang pendek 4 hari membuat penulis belum terbina hubungan baik dengan pasien selama masa perawatan

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Pengkajian dilakukan pada pasien Tn. B.M dengan diagnosa medis : Tuberculosis Paru ditandai dengan keluhan batuk berdahak, batuk di sertai darah, sesak napas, pasien merasa khawatir akan kondisi karena baru pertama kali dirawat di rumah sakit dan pasien terlihat cemas dengan penyakitnya.

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopuleran, Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk, Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan, anoreksia, ketidakcukupan nutrisi , Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk, Cemas berhubungan dengan proses penyakit

Intervensi keperawatan yang disusun diutamakan pada manajemen jalan napas yaitu beri posisi yang nyaman bagi pasien, lakukan fisioterapi dada, tingkatkan hidrasi yang adekuat, kolaborasi pemberian obat-obatan.

Implementasi yang dilakukan pada Tn. B.M pada diagnose keperawatan pola nafas tidak efektif yaitu mengatur posisi pasien semi fowler dengan meninggikan kepala tempat tidur 30°, memeberikan O2 3 liter/menit. Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas, Memonitor pola nafas, Memonitor peningkatan kelelahan, kecemasan dan kekurangan udara pada pasien, Mengajarkan pasien batuk efektif, Memonitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut. Pada hari pertama sampai ketiga tindakan yang dilakukan yaitu memonitoring terhadap tindakan yang telah dilakukan pada hari pertama.

Pada diagnosa keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan skret kental, kelemahan upaya batuk buruk. Mengkajian fungsi pernafasan contoh bunyi nafas, kecepatan, irama, dan kelemahan dan penggunaan otot bantu, Mencatat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa batuk efektif, catat karakter,

jumlah sputum, adanya hemoptisis, Memberikan klien posisi semi atau fowler tinggi, Memberikan tindakan kolaborasi Nebulasi cobivent 1 flash + pulmicort.

Pada diagnose keperawatan Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia adalah Mengkaji dan memantau intake dan output, dan BB pasien, memberikan penjelasan pasien tentang kebutuhan nutrisi bagi tubuh, mengajarkan perawatan mulut sebelum dan sesudah makan, menyediakan makanan selagi hangat, Mendorong makan sedikit tetapi sering.

Pada diagnose keperawatan gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk adalah mendiskusikan perbedaan individual dalam kebutuhan tidur berdasarkan hal usia, tingkat aktivitas, gaya hidup tingkat stress, Meningkatkan relaksasi, memberikan lingkungan yang gelap dan tenang, berikan kesempatan untuk memilih penggunaan bantal, linen dan selimut, berikan ritual waktu tidur yang menyenangkan bila perlu pastikan ventilasi ruangan baik, tutup pintu ruangan bila klien menginginkan.

Pada diagnosa keperawatan cemas berhubungan proses penyakit adalah mempertahankan kontak dengan klien, mengkaji faktor yang menyebabkan rasa cemas, membantu dalam mengidentifikasi sumber coping yang salah, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada hari Kamis 18 Juli 2019. Evaluasi yang dilakukan yaitu pada masalah Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopuleran. Pasien mengatakan sudah tidak sesak napas lagi, batuk berkurang, tidak berkering pada malam hari, pasien tampak lebih nyaman dari sebelumnya, RR : 22 x/menit. Jadi masalah keperawatan teratasi intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

Evaluasi yang dilakukan yaitu dengan masalah Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk. Tn. B.M mengatakan jalan nafas efektif tidak ada penumpukkan lendir sehingga masalah keperawatan teratasi intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

Evaluasi yang dilakukan yaitu dengan masalah Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, ketidakcukupan nutrisi. Tn. B.M mengatakan bisa menghabiskan makanan yang diberikan oleh rumah sakit, pasien

tampak segar sehingga masalah keperawatan teratasi sebagian dilanjutkan perawat ruangan.

Evaluasi yang yaitu dengan masalah Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk. Tn. B.M mengatakan pola tidur terpenuhi. pasien dapat istirahat tidur tanpa terbangun sehingga masalah keperawatan teratasi sebagian dilanjutkan perawat ruangan.

Evaluasi yang dilakukan yaitu dengan masalah Cemas berhubungan dengan proses penyakit. Tn. B.M mengatakan tidak merasa cemas lagi, pasien tampak rileks sehingga masalah keperawatan teratasi dilanjutkan perawat ruangan.

Dokumentasi keperawatan dilakukan sesuai tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implemementasi dan evaluasi keperawatan. Pasien memiliki respon yang baik dari awal dilakukan pengkajian sampai melakukan evaluasi

4.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis merekomendasikan beberapa hal berupa saran sebagai berikut :

1. Bagi masyarakat
Diharapkan agar masyarakat meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan dan penanganan penyakit tuberculosis khususnya dalam penanganan di rumah.
2. Bagi Tenaga Kesehatan
Khususnya perawat di ruang perawatan diharapkan selalu meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan dengan mengikuti pelatihan atau pendidikan berkelanjutan lainnya

DAFTAR PUSTAKA

Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2013 Riset Kesehatan Dasar

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset kesehatan dasar 2018. Jakarta: Kemenkes RI; 2018.

NANDA NIC-NOC, 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*

Potter PA & Perry AG. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik* Edisi 4, Jakarta: EGC.

Price, Sylvia. A. & Willson, Lorrains M. (2006). *Patofisiologi dan Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta : EGC

PDPI (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia). 2004. *TBC dan Pedoman Pentalaksanaan di Indonesia*. Jakarta: Balai penerbit FKUI

Price A. S & Wilson M. L, 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi 6 EGC: Jakarta

Ruliana dkk.2012. *Pedoman Pengkajian dan Perhitungan Kebutuhan Gizi*. Edisi 2 Instalasi Gizi RSUD. Dr. Saiful Anwar Malang

Smeltzer & Bare. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medika Bedah*. Jakarta : EGC

Taylor M. Cyntia, Ralhp Sparks Sheila (2013), *Diagnosis Keperawatan Dengan Rencana Asuhan*, Edisi 10. Penerbit buku kedokteran EGC. Jakarta.



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

torat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
ax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama : Partono
Mahasiswa

NIM : PO. 5303201181223

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn. B.M

Ruang/Kamar : Tulip/B5

Diagnosa Medis : Tuberculosis Paru

No. Medical Record :5159xx

Tanggal Pengkajian : 15 juli 2019

Jam : 10.30 WITA

Masuk Rumah Sakit : 11 juli 2019

Jam :17.25 WITA

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. B.M

Jenis Kelamin : Laki-laki

Umur/Tanggal Lahir : 36 Tahun/ 02/11/1987

Status Perkawinan : Menikah / Duda

Agama : Kristen Protestan

Suku Bangsa : Rote/indonesia

Pendidikan Terakhir : D3

Pekerjaan :PNS

Alamat : Noelbaki

Identitas Penanggung

Nama : Ny. A.P

Pekerjaan : IRT

Jenis Kelamin : Perempuan

Hubungan dengan klien : Ibu Kandung

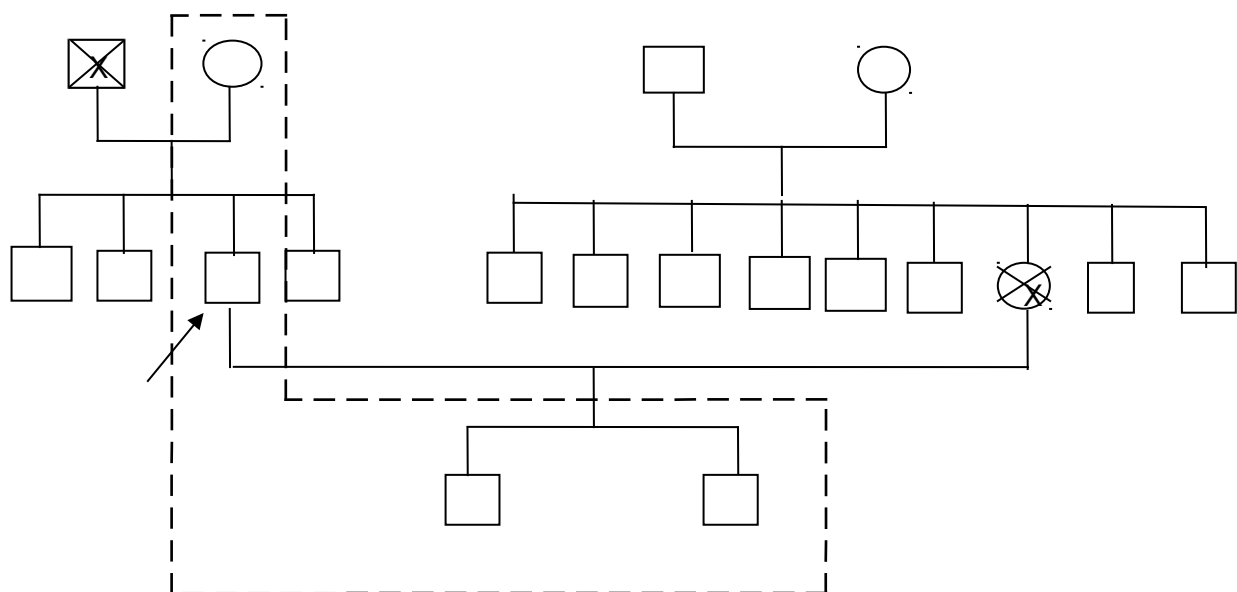
Alamat : Noelbaki

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : sesak nafas
 - Kapan : 1 hari yang lalu
 - Lokasi : Dada
2. Riwayat Keluhan Utama : Sesak Nafas disertai batuk berdahak \pm 1 tahun yang lalu
 - Mulai timbulnya keluhan : 2 bulan yang lalu dan 1 hari sebelum masuk rumah sakit.....
 - Sifat keluhan : Kambuh
 - Lokasi : Dada (Paru – paru)
 - Keluhan lain yang menyertai : Demam \pm 1 minggu yang lalu naik turun
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Kelelahan saat melakukan aktifitas
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)
keluhan bertambah saat melakukan aktifitas
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : Pergi ke fasilitas kesehatan terdekat
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
 - Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Ya , Sebutkan
Cara Mengatasi :
 - **Tidak**
 - Riwayat Alergi
 - Ya , Jenis , Waktu
Cara Mengatasi :
 - **Tidak**
 - Riwayat Operasi
 - Ya , Jenis , Waktu
 - **Tidak**
4. Kebiasaan
 - Merokok
 - Ya ,Jumlah: , waktu
 - **Tidak**
 - Minum alkohol
 - **Ya** , Jumlah: 1 botol seminggu., waktu : Malam hari
 - **Tidak**
 - Minum kopi : Lamanya :
 - Ya , Jumlah: , waktu
 - **Tidak**
 - Minum obat-obatan
 - Ya , Jenis, Jumlah:
waktu
 - **Tidak**

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Keterangan :

Laki-laki

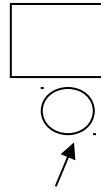
Perempuan

Pasien

Tinggal serumah

Meninggal

X



Pemeriksaan Fisik

1. Tanda - Tanda Vital

- Tekanan darah : 90/60 mmhg - Nadi : 107 x/menit
- Pernapasan : 26 x/menit - Suhu badan : 36,5 °C

2. Kepala dan leher

- Kepala : Normal bentuknya
- Sakit kepala : Tidak ada Pusing : Tidak ada
ya **tidak**
- Bentuk , ukuran dan posisi:
normal abnormal, jelaskan :
- Lesi : ada, jelaskan : **tidak ada**
- Masa : ada, jelaskan : **tidak ada**
- Observasi Wajah : **simetris** asimetri, jelaskan
- Penglihatan:
- Konjungtiva: ...Normal.
- Sklera: ...Normal.....
- Pakai kaca mata : Ya, jelaskan : **tidak**
- Penglihatan kabur : Ya, jelaskan : **tidak**
- Nyeri : ...tidak ada
- Peradangan :Tidak ada
- Operasi : tidak ada
 - Jenis :...-
 - Waktu ...-
 - Tempat -
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya, jelaskan : **tidak**
 - Nyeri : Ya, jelaskan : **tidak**
 - Peradangan : Ya, jelaskan : **tidak**
- Hidung
 - Alergi Rhinnitus : Ya, jelaskan : **tidak**
 - Riwayat Polip : Ya, jelaskan : **tidak**
 - Sinusitis : Ya, jelaskan : **tidak**
 - Epistaksis : Ya, jelaskan : **tidak**

- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : ...Normal
 - Caries : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Gangguan bicara : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Gangguan menelan : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : **tidak**

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : ...15
 - Bentuk dada : abnormal , Jelaskan : **normal**
 - Bibir : sianosis **normal**
 - Kuku : sianosis **normal**
 - Capillary Refill : Abnormal **normal**
 - Tangan : Edema **normal**
 - Kaki : Edema **normal**
 - Sendi : Edema **normal**
- Ictus cordis/Apical Pulse: **Teraba** tidak teraba
- Vena jugularis : **Teraba** tidak teraba
- Perkusi : pembesaran jantung :Tidak ada
- Auskultasi : BJ I : Abnormal **normal**
BJ II : Abnormal **normal**
- Murmur : ...Tidak ada

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : sesak nafas
- Inspeksi :
 - Jejas : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : **Normal**
 - Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) **tidak**
 - Irama Napas : **teratur** tidak teratur
 - Retraksi otot pernapasan : **Ya** **tidak**
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : **Ya**, Jelaskan O2 3 liter/ menit **tidak**
- Perkusi : Cairan : Ya **tidak**
 - Udara : Ya **tidak**
 - Massa : Ya **tidak**
- Auskultasi :
 - Inspirasi : **Normal** Abnormal
 - Ekspirasi : **Normal** Abnormal
 - Ronchi : **Ya** +3 Kaki **tidak**
 - Wheezing : **Ya** + 1 Kaki **tidak**
 - Krepitasi : Ya **tidak**
 - Rales : Ya **tidak**
- Clubbing Finger : **Normal** Abnormal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : ...Tidak ada
- b. Inspeksi :
 - Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : **Normal**
 - Keadaan bibir : **lembab** kering
 - Keadaan rongga mulut

- | | |
|---|---------------|
| Warna Mukosa : merah muda | |
| Luka/ perdarahan : Ya, jelaskan | tidak |
| Tanda-tanda radang : Ya, jelaskan | tidak |
| Keadaan gusi : Abnormal, jelaskan | normal |
| - Keadaan abdomen | |
| Warna kulit : ...sawo matang | |
| Luka : Ya, jelaskan | tidak |
| Pembesaran : Abnormal, jelaskan | normal |
| - Keadaan rektal | |
| Luka : Ya, jelaskan | tidak |
| Perdarahan : Ya, jelaskan | tidak |
| Hemmoroid : Ya, jelaskan | tidak |
| Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, jelaskan..... | tidak |
- c. Auskultasi :
- Bising usus/Peristaltik :
- d. Perkusi : Cairan : Abnormal, jelaskan **normal**
- Udara : Abnormal, jelaskan **normal**
- Massa : Abnormal, jelaskan **normal**
- e. Palpasi :
- Tonus otot: Abnormal, jelaskan **normal**
- Nyeri : Abnormal, jelaskan **normal**
- Massa : Abnormal, jelaskan **normal**
6. Sistem Persyarafan
- a. Keluhan : ...Tidak ada
- b. Tingkat kesadaran:...C omposmentis..GCS (E/M/V):...15 (4/5/6)
- c. Pupil : **Isokor** anisokor
- d. Kejang : Abnormal, jelaskan **normal**
- e. Jenis kelumpuhan : Ya, jelaskan **tidak**
- f. Parasthesia : Ya, jelaskan **tidak**
- g. Koordinasi gerak : Abnormal, jelaskan **normal**
- h. Cranial Nerves : Abnormal, jelaskan **normal**
- i. Reflexes : Abnormal, jelaskan **normal**
7. Sistem Musculoskeletal
- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Kelainan Ekstremitas : ada, jelaskan.....
- tidak ada**
- c. Nyeri otot : ada **tidak ada**
- d. Nyeri Sendi : ada **tidak ada**
- e. Refleksi sendi : abnormal, jelaskan **normal**
- f. kekuatan otot :
- g. Atropi hiperthropi **normal**
- 5555 5555
8. Sistem Integumentari 5555 5555
- a. Rash : ada, jelaskan..... **tidak ada**
- b. Lesi : ada, jelaskan..... **tidak ada**
- c. Turgor : ...Normal Warna : ...sawo matang.....
- d. Kelembaban : Abnormal, jelaskan **normal**

- e. Petechie : ada, jelaskan..... **Tidak ada**
9. Lain lain:.....tidak ada
10. Sistem Perkemihan
- a. Gangguan ☐ kencing menes inkontinensia ☐ retensi
☐ gross hematuri ☐ disuria ☐ poliuri
☐ oliguri ☐ anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ☐ ya ☐ **tidak**
- c. Kandung kencing : membesar ☐ ya ☐ **tidak**
nyeri tekan ☐ ya ☐ **tidak**
- d. Produksi urine : 1100 cc
- e. Intake cairan : ☐ oral : 15000...cc/☐ parenteral :
- f. Bentuk alat kelamin : ☐ **Normal** ☐ Tidak normal,
sebutkan.....
- g. Uretra : ☐ No ☐ al Hipospadia/Epispadia
Lain-lain :

11. Sistem Endokrin
- a. Keluhan : Tidak.....
- b. Pembesaran Kelenjar : ada, jelaskan.....
tidak ada
- c. Lain - lain :

12. Sistem Reproduksi
- a. Keluhan : ...Tidak ada.....
- b. ada : Siklus menstruasi :
• Keadaan payudara : Abnormal, jelaskan normal
• Riwayat Persalinan:.....
• Abortus:.....
• Pengeluaran pervagina: Abnormal, jelaskan normal
• Lain-lain:.....
- c. Pria : Pembesaran prostat : ada **tidak ada**
- d. Lain-lain:.....

13. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : ...Pasien malas makan
- Frekuensi makan : ...hanya menghabiskan ¼ piring
- Nafsu makan : berkurang
- Makanan pantangan : ...Tidak ada
- Makanan yang disukai : se'l babi
- Banyaknya minuman dalam sehari : ...1500 cc/hari
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
- BB : 50 kg TB : 168 cm
- Kenaikan/**Penurunan** BB: 10 kg, dalam waktu: 10 bulan

2. Perubahan selama sakit : terjadi penurunan berat badan

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : ...3 kali Warna : kuning khas

Bau : ...Khas. Jumlah/ hari : \pm 500 cc

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : ...tiap hari Frekuensi dalam sehari : 1 x sehari

Warna : kuning kecoklatan Bau : khas

Konsistensi : Lunak

b. Perubahan selama sakit : 1 kali dalam sehari

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : voly ball

- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : ya, 2x seminggu

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : jam 9 malam

Bangun jam : ...jam 5 pagi...

- Tidur siang jam : ...jam 2 siang

Bangun jam : jam 6 sore

- Apakah mudah terbangun : ya, karena batuk

- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : main game di HP

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : ibu kandung

2. Organisasi sosial yang diikuti : tidak ada

3. Keadaan rumah dan lingkungan : aman dan nyaman

Status rumah : kontrakkan

Cukup / tidak : cukup

Bising / tidak: ...tidak

Banjir / tidak : tidak

4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : ya ibu kandung

5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : musyawarah

6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : iya

2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : ya jemaat di gereja

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : yakin akan kesembuhan dan papsien merasa cemas akan ancaman kematian dari penyakit yang dideritanya

2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : klien percaya dan yakin akan kesembuhan penyakitnya tetapi pasien merasa cemas akan kematian

3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik dan bisa bekerjasama

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan
			Tanggal

	Pemeriksaan						
			11-7-2019				
	HB	11,2 g/dl	11,2 gr/dl				
	RBC	4,50 - 6,20	4,77				
	HT	40,0 - 54,0	30,0 %				
	MCV	81,0 - 96,0	71, 3				
	MCH	27,0 - 36,0	23,5				
	LEUKOSIT	4,0 - 10,0	9,53				
	NETROFIL	50 - 70	92 %				
	LIMFOSIT	20 - 40	1,0 %				
	TROMBOSIT	150 -400	323.000				
	GDS	70 - 150	147				
	BUN	< 40	13,0				
	CREATINI	0,7 - 1,3	0,82				
	NATRIUM DARAH	132 - 147	131				
	KALIUM DARAH	3,5 - 4,5	3,4				

b. Pemeriksaan BTA :

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			13-7-2019	15-7-2019			
	Bakteriologi TB	-/-/-	+3 S,P				
			+3 S,P				
	Hasil tes cepat Xpert MTBprobe A,B,C,D,E	-	+	+			

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

a. Foto Thorax AP :

KP Aktif , Cor Normal

b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus :

.....

c. Cholescystogram :

.....

d. Foto colon :

.....

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi :

.....

.....

.....

Biopsy :

.....

.....

.....

.....

Colonoscopy :

.....

.....

.....

.....

DII :

.....

.....

.....

.....

Penatalaksanaan/pengobatan
(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan

.....

.....

.....

.....
- Obat
 - IVFD Aminofluid 1000 cc/24 jam
 - Ceftriaxon 2 gr dalam NaCl 100 cc
 - Aspar K 3x 1
 - Moxifloxacin 1 x 400 mg
 - NAC 3 x 20 mg
 - Nebul Combivent + pulmicort tiap 8 jam
 - OAT lepasan
- Lain-lain

.....

.....

.....

.....

.....

ANALISA DATA

N	Data (Symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
----------	-----------------------	--------------------------------	--------------------------

1.	<p>Ds:</p> <p>Pasien mengatakan sesak nafas</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak sesak nafas - ada penggunaan otot bantu pernafasan, - saat diauskultasi irama nafas regular, suara nafas vesikuler, ada suara nafas tambahan ronchi + 3 pulmo kanan kiri, wheezing + 1 pulmo kanan kiri - TTV: TD: 90/60 mmHg 	<p>Sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk</p>	<p>Pola nafas tidak efektif</p>
2.	<p>DS: Pasien mengatakan batuk berdahak</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak batuk keluar sputum berwarna kuning, darah warna hitam - Hasil fotothorak: KP aktif - Bakteriologi TB Sputum tanggal 13 juli 2019 sewaktu +3, pagi +3, - Tes uji cepat Dahak 15 juli 	<p>sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk</p>	<p>Bersihkan jalan nafas tidak efektif</p>

3.	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan malas makan</p> <p>DO:</p> <p>A : BB sebelum sakit:: 50 kg</p> <p>BB sekarang ketika sakit 40 kg</p> <p>B: HB 11,2 g/dl</p> <p>C: - pasien terlihat lesu</p>	Anoreksia	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
4.	<p>DS: Pasien mengatakan susah tidur pada siang dan malam hari karena batuk dan sesak nafs</p> <p>DO: - pasien batuk terus menerus pada siang dan malam hari</p> <p>- Terlihat bantalan hitam di kelopak mata</p>	Sesak nafas dan batuk	Gangguan pola tidur
5	<p>DO : pasien mengatakan cemas akan penyakit yang dideritanya</p> <p>DS : - pasien tampak cemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - keringan dingin - tidak bersemangan 	ketidakmampuan untuk bernafas dan prognosis penyakit yang belum jelas	Cemas

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Pola nafas tidak efektif b.d Sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d anoreksia
4. Gangguan pola tidur b.d Proses sesak nafas dan batuk
5. Cemas berhubungan dengan proses penyakit

RENCANA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Pola Nafas tidak efektif b.d Sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pola nafas kembali aktif Kriteria Hasil : dispnea berkurang, frekuensi, irama dan kedalaman dan pernafasan normal	1. Kaji kualitas dan kedalaman pernafasan penggunaan otot aksesoris, catat setiap perubahan 2. Kaji kualitas sputum, warna, bau dan konsistensi 3. Baringkan klien untuk mengoptimalkan pernafasan (semifowler)	1. Kecepatan biasanya meningkat, dispnea terjadi peningkatan kerja nafas, kedalaman pernafasan dan bervariasi tergantung derajat gagal nafas 2. Adanya sputum yang tebal, kental, berdarah dan purulen diduga terjadi sebagai masalah sekunder 3. Posisi duduk memungkinkan ekspansi paru maksimal upaya batuk untuk memobilisasi dan membuang secre





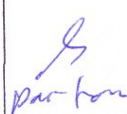
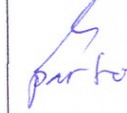
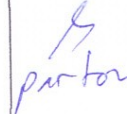
2.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk	Bersihkan jalan nafas efektif pasien dapat mempertahankan jalan nafas dan mengeluarkan sekret tanpa bantuan	<p>1. Kaji fungsi pernafasan contoh bunyi nafas, kecepatan, irama, dan kelemahan dan penggunaan otot bantu</p> <p>2. Catat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa batuk efektif, catat karakter, jumlah sputum, adanya hemoptisis</p> <p>3. Berikan klien posisi semi atau fowler tinggi</p> <p>4. Bersihkan sekret dari mulut dan trakea, penghisapan sesuai keperluan</p> <p>5. Pertahankan masukan cairan sedikitnya 2500 m/hari kecuali kontra indikasi</p>	<p>1. Peningkatan bunyi nafas dapat menunjukkan atelektasis, ronchi, mengi menunjukkan akumulasi sekret/ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas yang dapat menimbulkan penggunaan otot aksesori pernafasan dan peningkatan kerja pernafasan</p> <p>2. Pengeluaran sulit bila sekret sangat tebal sputum berdarah kental/darah cerah (misal efek infeksi, atau tidak kuatnya hidrasi)</p> <p>3. Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan</p> <p>4. Mencegah obstruksi respirasi, penghisapan dapat diperlukan bila pasien tidak mampu mengeluarkan secret</p> <p>5. Pemasukan tinggi cairan</p>
----	---	---	--	---


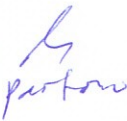

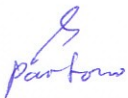



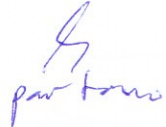
3	<p>Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d anoreksia</p>	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam pemenuhan nutrisi tubuh dapat terpenuhi dengan criteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan meningkat 2. Pasien tampak segar 3. BB meningkat (0,5 kg- 1kg) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau intake dan output, BB pasien 2. Hidangkan makanan selagi hangat 3. Dorong makan sedikit tetapi sering 4. Beri penjelasan pasien tentang kebutuhan nutrisi bagi tubuh 5. Ajarkan perawatan mulut sebelum dan sesudah makan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berguna untuk mengukur keefektifan intake gizi dan dukungan cairan 2. Merangsang nafsu makan 3. Maksimalan masukan nutrisi bagi tubuh 4. Agar pasien mengerti kebutuhan nutrisi bagi tubuh 5. Menurunkan rasa tak enak karena sisa makanan, sisa sputum atau obat pada pengobatan system pernafasan yg dapat merangsang pusat muntah.
---	--	---	---	--

4.	Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk	<ul style="list-style-type: none"> - agar pola tidur terpenuhi - pasien dapat istirahat -tidur tanpa terbangun 	<p>1. Diskusikan perbedaan individual dalam kebutuhan tidur berdasarkan hal usia, tingkat aktivitas, gaya hidup tingkat stress.</p> <p>2. Tingkatkan relaksasi, berikan lingkungan yang gelap dan terang, berikan kesempatan untuk memilih penggunaan bantal, linen dan selimut, berikan ritual waktu tidur yang menyenangkan bila perlu pastikan ventilasi ruangan baik, tutup pintu ruangan bila klien menginginkan</p>	<p>1. Rekomendasi yang umum untuk tidur 8 jam tiap malam nyatanya tidak mempunyai fungsi dasar ilmiah individu yang dapat rileks dan istirahat dengan mudah memerlukan sedikit tidur untuk merasa segar kembali dengan bertambahnya usia, waktu tidur. Total secara umum menurun, khususnya tidur tahap IV dan waktu tahap meningkat.</p> <p>2. tidur akan sulit dicapai sampai tercapai relaksasi, lingkungan rumah sakit dapat mengganggu relaksasi.</p>
----	--	--	---	--

5.	Cemas berhubungan dengan proses penyakit	<ul style="list-style-type: none"> - Mampu memahami dan menerima keadaannya sehingga tidak terjafi kecemasan - Mampu bernafas secara normal dan mampu beradaptasi dengan keadaannya. Respon nonverbal pasien tampak lebih santai dan rileks 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu dalam mengidentifikasi sumber koping yang ada 2. Ajarkan teknik relaksasi 3. Pertahankan hubungan saling percaya antara perawat dan pasien 4. Kaji faktor yang menyebabkan timbulnya rasa cemas 5. Bantu mengenali pasien dan rasa cemasnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemanfaatan sumber koping yang ada secara konstruktif sangat bermanfaat dalam mengatasi stress 2. : Mengurangi ketegangan otot dan kecemasan 3. Hubungan saling percaya membantu memperlancar proses terapeutik 4. Tindakan yang tepat diperlukan dalam mengatasi masalah yang
----	--	---	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

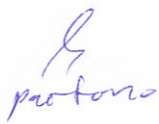
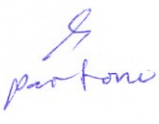

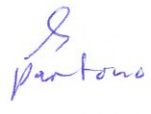

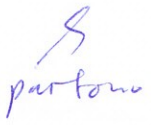


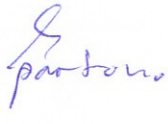
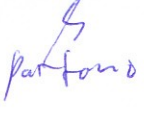
NO DX	TANGAL JAM	TINDAKKAN KEPERAWATAN	EVALUASI	TANDA TANGAN
1.	Senin 15/7/2019 08.00 08.00 08.40	1. Mengkaji kualitas dan kedalaman pernafasan, melakukan auskultasi menggunakan stethoscope pada area dada dan punggung, menghitung frekuensi pernafasan dengan melihat jumlah inspirasi dan expirasi. penggunaan otot aksesoris, catat setiap perubahan, 2. Mengkaji kualitas sputum, warna, bau dan konsistensi 3. Membaringkan klien untuk mengoptimalkan pernafasan (semifowler)	Senin 15 juli 2019 Pukul 13.30 WITA S: pasien mengatakan masih sesak nafas, batuk berlendir, darah sudah berkurang O: pasien batuk berlendir, terdengar nafas tambahan ronchi +3 pada pulmo kanan kiri, wheezing + 1 pumo kanan kiri, RR: 26 x/menit. A: Pola nafas belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1,2 dan 3	  
2.	Senin , 15-7-2019 08.00 08.10 11.20 14.00	1. Mengkaji fungsi pernafasan contoh bunyi nafas, kecepatan, irama, dan kelemahan dan penggunaan otot bantu 2. Mencatat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa batuk efektif, catat karakter, jumlah sputum, adanya hemoptisis 3. Memberikan klien posisi semi atau fowler tinggi 4. Memberikan Nebulasi cobivent 1 flash + pulmicort	Senin 15 juli 2019 Pukul 14.30 WITA S: Pasien mengatakan sesak nafas berkurang, batuk masih ada lender. O: pasien dapat bernafas dengan normal. RR: 22 x/menit A : Bersihan jalan nafas teratasi sebagian P : Intervensi 1,2,3 dan 4 dilanjutkan	   

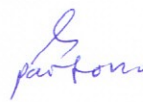




3.	Senin 15/7/2019 08.30	1. Mengkaji danantau intake dan output,BB pasien	Senin 15 juli 2019 Pukul 13.00 WITA S: Pasien mengatakan bisa menghabiskan makanan 1/2 porsi, minum 100 cc O: pasien menghabiskan makanan ½ porsi . BB: 40 kg A : Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian P : Intervensi 1,2,3,4 dan 5 dilanjutkan	    
	09.00	2. Memberikan penjelasan pasien tentang kebutuhan nutrisi bagi tubuh		
	09.30	3. Mengajarkan perawatan mulut sebelum dan sesudah makan		
	12.00	4. Menghidangkan makanan selagi hangat		
	12.00	5. Mendorong makan sedikit tetapi sering		
4.	Senin 15/7/2019 08.45	1. Mengkaji Pola tidur pasien	Senin 15 juli 2019 Pukul 13.00 WITA S: Pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun karena batuk O: pasien tampak lemah dan susah tidur, TD: 90/60 mmhg, konjungtiva tampak anemis, HB : 11,6 g/dl A : Gangguan pola istirahat tidur belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4 dan 5 dilanjutkan	  
	08.50	2. Mendiskusikan kebutuhan tidur berdasarkan hal usia, tingkat aktivitas, gaya hidup tingkat stress.		
	09.00	3. Meningkatkan relaksasi, mengatur posisi tidur pasien setengah duduk dengan sanggahan bantal pada kepala sampai pundak		
		4. Memberikan lingkungan yang gelap dan terang,		
5	Senin 15/7/2019	1. Mempertahankan hubungan saling	Senin 15 juli 2019 Pukul 13.30 WITA	


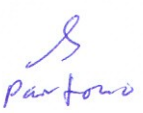



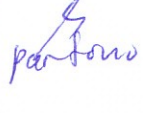
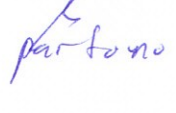
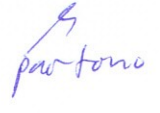
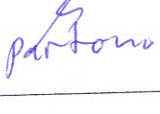
	08.40	percaya antara perawat dan pasien	S: Pasien mengatakan cemas akan penyakit yang diderita	<i>partono</i>
	09.00	2. Mengkaji factor pncetus cemas dan Membantu dalam mengidentifikasi sumber koping yang ada	O: pasien tampak cemas Pasien dapat melakukan teknik relaksasi	<i>partono</i>
	09.30	3. Mengajarkan teknik relaksasi	A : cemas belum teratasi P : Intervensi 2,4, dilanjutkan	<i>partono</i>
1.	Selasa 16/7/2019 08.00	1. Mengkaji kualitas dan kedalaman pernafasan, melakukan auskultasi menggunakan stethoscope pada area dada dan punggung, menghitung frekuensi pernafasan dengan melihat jumlah inspirasi dan expirasi. penggunaan otot aksesoris, catat setiap perubahan,	Selasa 16 juli 2019 Pukul 13.30 WITA S: pasien mengatakan sesak nafas sudah berkurang O: pasien tampak sesak nafas terdengar nafas tambahan ronchi i, wheezing + 1 pumo kanan kiri, RR: 22 x/menit. A: Pola nafas teratasi sebagian	<i>partono</i>
	08.00	2. Mengkaji kualitas sputum, warna, bau dan konsistensi	P : Lanjutkan Intervensi 1,2 dan 3	<i>partono</i>
	08.40	3. Membaringkan klien untuk mengoptimalkan pernafasan (semifowler)		<i>partono</i>
2.	Selasa, 16-7-2019 08.00	1. Mengkaji fungsi pernafasan contoh bunyi nafas, kecepatan, irama, dan kelemahan dan penggunaan otot bantu	Selasa, 16 juli 2019 Pukul 14.30 WITA S: Pasien mengatakan sesak nafas berkurang, batuk masih ada lender. O: pasien dapat bernafas dengan normal. RR: 22 x/menit A : Bersihan jalan nafas teratasi sebagian	<i>partono</i>
	08.10	2. Mencatat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa batuk efektif, catat karakter, jumlah sputum, adanya hemoptisis		<i>partono</i>


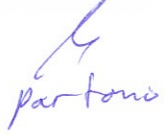
	11.20	3. Memberikan klien posisi semi atau fowler tinggi	P : Intervensi 1,2,3 dan 4 dilanjutkan	<i>partono</i>
	14.00	4. Memberikan Nebulasi cobivent 1 flash + pulmicort		<i>partono</i>
3.	Selasa 16/7/2019 08.30	1. Mengkaji danantau intake dan output,BB pasien	Selasa, 16 juli 2019 Pukul 13.00 WITA S: Pasien mengatakan bisa menghabiskan makanan 1/2 porsi, minum 100 cc O: Pasien menghabiskan makanan ½ porsi . BB: 40 kg	<i>partono</i>
	09.00	2. Memberikan penjelasan pasien tentang kebutuhan nutrisi bagi tubuh		<i>partono</i>
	09.30	3. Mengajarkan perawatan mulut sebelum dan sesudah makan	A : Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian	<i>partono</i>
	12.00	4. Menghidangkan makanan selagi hangat	P : Intervensi 1,2,3,4 dan 5 dilanjutkan	<i>partono</i>
	12.00	5. Mendorong makan sedikit tetapi sering		<i>partono</i>
4.	Selasa 16/7/2019 08.45	1. Mengkaji Pola tidur pasien	Selasa, 16 juli 2019 Pukul 13.00 WITA S: Pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun karena batuk	<i>partono</i>
	08.50	2. Mendiskusikan kebutuhan tidur berdasarkan hal usia, tingkat aktivitas, gaya hidup tingkat stress.		<i>partono</i>
	09.00	5. Meningkatkan relaksasi, mengatur posisi tidur pasien setengah duduk dengan sanggahan bantal pada kepala	O: pasien tampak lemah dan susah tidur, TD: 90/60 mmhg, konjungtiva tampak anemis, HB : 11,6 g/dl A : Gangguan pola istirahat tidur belum teratasi	<i>partono</i>

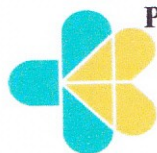
		sampai pundak	P : Intervensi 1,2,3, dilanjutkan	
		6. Memberikan lingkungan yang gelap dan terang,		
5.	Selasa 16/7/2019 10.45	1. Membantu dalam mengidentifikasi sumber koping yang ada	Selasa 16 juli 2019 Pukul 13.30 WITA S: Pasien mengatakan cemas akan penyakit yang diderita O: pasien tampak cemas Pasien dapat melakukan teknik relaksasi A : cemas belum teratasi P : Intervensi 2,4, dilanjutkan	<i>[Signature]</i> partono
	11.00	2. Mempertahankan hubungan saling percaya antara perawat dan pasien		<i>[Signature]</i> partono
	11.15	3. Mengkaji faktor yang menyebabkan timbulnya rasa cemas		<i>[Signature]</i> partono
	11.30	4. Membantu Bantu pasien mengenali dan mengakui rasa cemasnya		<i>[Signature]</i> partono
1.	Rabu 17/7/2019 08.00	1. Mengkaji kualitas dan kedalaman pernafasan, melakukan auskultasi menggunakan stethoscope pada area dada dan punggung, menghitung frekuensi pernafasan dengan melihat jumlah inspirasi dan ekspirasi. penggunaan otot aksesoris, catat setiap perubahan,	Rabu 17 juli 2019 Pukul 13.30 WITA S: pasien mengatakan sesak nafas sudah berkurang O: tidak ada suara nafas tambahan, RR: 20 x/menit. A: Pola nafas teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1,2,3 dan 4	<i>[Signature]</i> partono
	08.00	2. Mengkaji kualitas sputum, warna, bau dan konsistensi		<i>[Signature]</i> partono

	08.40	3. Membaringkan klien untuk mengoptimalkan pernafasan (semifowler)		
2.	Rabu, 17-7-2019 08.00	1. Mengkaji fungsi pernafasan contoh bunyi nafas, kecepatan, irama, dan kelemahan dan penggunaan otot bantu	Rabu, 17 juli 2019 Pukul 14.30 WITA S: Pasien mengatakan sesak nafas berkurang,	
	08.10	2. Mencatat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa batuk efektif, catat karakter, jumlah sputum, adanya hemoptisis	O: Tidak ada penggunaan otot bantu nafas, pasien dapat bernafas dengan normal. RR: 20 x/menit	
	11.20	3. Memberikan klien posisi semi atau fowler tinggi	A : Bersihan jalan nafas teratasi sebagian P : Intervensi 1,2,3 dan 4 dilanjutkan	
	14.00	4. Memberikan Nebulasi cobivent 1 flash + pulmicort		
3.	Rabu 17/7/2019 08.30	1. Mengkaji danantau intake dan output, BB pasien	Rabu, 17 juli 2019 Pukul 13.00 WITA S: Pasien mengatakan bisa menghabiskan makanan 1 porsi yang diberikan RS, minum 1000 cc/perhari. BAB normal	
	09.00	2. Memberikan penjelasan pasien tentang kebutuhan nutrisi bagi tubuh	O: Pasien menghabiskan makanan 1 porsi . BB: 40 kg	
	09.30	3. Mengajarkan perawatan mulut sebelum dan sesudah makan	A : Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian	
	12.00	4. Menghidangkan makanan selagi hangat	P : Intervensi 1,2,3 dilanjutkan	
	12.00	5. Mendorong makan sedikit tetapi sering		

4.	Rabu 17/7/2019 08.45 08.50 09.00	7. Mengkaji Pola tidur pasien 8. Mendiskusikan kebutuhan tidur berdasarkan hal usia, tingkat aktivitas, gaya hidup tingkat stress. 9. Meningkatkan relaksasi, mengatur posisi tidur pasien setengah duduk dengan sanggahan bantal pada kepala sampai pundak 10. Memberikan lingkungan yang gelap dan terang,	Rabu 17 juli 2019 Pukul 13.00 WITA S: Pasien mengatakan sudah bisa tidur O: pasien tampak tidur pulas, TD: 110/90 mmhg, HB : 11,6 g/dl A : Gangguan pola istirahat tidur teratasi sebagian P : Intervensi 1,2,3, dilanjutkan	  
5.	Rabu 17/7/2019 10.45	1. Mengkaji faktor yang menyebabkan timbulnya rasa cemas	Rabu, 17 juli 2019 Pukul 13.00 WITA S: Pasien mengatakan tidak cemas akan penyakit yang diderita O: pasien tampak tenang dan bekerjasama dengan perawat, pasien dapat melakukan teknik relaksasi A : cemas teratasi P : Intervensi dihentikan	
1.	Kamis 15/7/2019 08.00	1. Mengkaji kualitas dan kedalaman pernafasan, melakukan auskultasi menggunakan stethoscope pada area dada dan punggung, menghitung frekuensi pernafasan dengan	Kamis, 18 juli 2019 Pukul 13.30 WITA S: pasien mengatakan sesak nafas sudah berkurang O: tidak ada suara nafas tambahan, RR: 20 x/menit.	

		melihat jumlah inspirasi dan expirasi. penggunaan otot aksesoris, catat setiap perubahan,	A: Pola nafas teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1,2,3	
	08.00	2. Mengkaji kualitas sputum, warna, bau dan konsistensi		
	08.40	3. Membaringkan klien untuk mengoptimalkan pernafasan (semifowler)		
2.	Kamis , 18-7-2019 08.00	1. Mengkaji fungsi pernafasan contoh bunyi nafas, kecepatan, irama, dan kelemahan dan penggunaan otot bantu	Kamis, 18 juli 2019 Pukul 14.30 WITA S: Pasien mengatakan lender berkurang, bisa batuk dengan normal O: Tidak ada penggunaan otot bantu nafas, pasien dapat bernafas dengan normal. RR: 20 x/menit A : Bersihan jalan nafas teratasi sebagian	
	08.10	2. Mencatat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa batuk efektif, catat karakter, jumlah sputum, adanya hemoptisis		
	11.20	3. Memberikan klien posisi semi atau fowler tinggi	P : Intervensi 1,2,3 dan 4 dilanjutkan	
	14.00	4. Memberikan Nebulasi cobivent 1 flash + pulmicort		
3.	Kamis 18/7/2019 08.30	2. Mengkaji dan mantau intake dan output, BB pasien	Kamis, 18 juli 2019 Pukul 13.00 WITA S: Pasien mengatakan bisa menghabiskan makanan 1 porsi yang diberikan RS, minum 1000 cc/perhari. BAB normal O: Pasien menghabiskan makanan 1 porsi . BB: 40 kg A : Perubahan nutrisi kurang	
	09.00	3. Memberikan penjelasan pasien tentang kebutuhan nutrisi bagi tubuh		
	09.30	4. Mengajarkan perawatan mulut		

		sebelum dan sesudah makan	dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian	
12.00		5. Menghidangkan makanan selagi hangat	P : Intervensi 1 dilanjutkan	
12.00		6. Mendorong makan sedikit tetapi sering		



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Partono
NIM : PO.5303201181223
NAMA PEMBIMBING : Sebastianus Banggut, SST.,M.Pd

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING/PENGUJI
1	Selasa, 12-07-2019	Konsultasi Studi Kasus di Ruang Tulip RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang	
2	Senin, 15-07-2019	Ujian Praktek dan Konsultasi Studi Kasus di Ruang Tulip RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang	
3	Rabu, 17-07-2019	Konsultasi Bab I Studi Kasus di Ruang Tulip RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang	
4	Kamis, 18-07-2019	Konsultasi Bab II Studi Kasus di Ruang Tulip RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang	
5	Jum'at, 19-07-2019	Konsultasi Bab III Studi Kasus di Kampus Jurusan Keperawatan Kupang	
6	Sabtu, 20-07-2019	<ul style="list-style-type: none">• Konsultasi Perbaikan Bab I, II, III, dan IV• ACC Ujian Sidang Tanggal 22- 07-2019	

7	Senin, 22-07-2019	Ujian Sidang Karya Tulis Ilmiah	
8	Sabtu, 27-07-2019	Konsultasi Perbaikan Bab I, II, III, dan IV	
9	Senin 26-07-2019	Konsultasi Perbaikan Bab I, II, III, dan IV	
10	Selasa , 27-07-2019	ACC Jilid Karya Tulis	